Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen



Antti Syväjärvi
Ville Pietiläinen (toim.)

Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen

Antti Syväjärvi & Ville Pietiläinen (toim.)

Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen

TAMPERE UNIVERSITY PRESS

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Työsuojelurahasto
Arbetarskyddsfonden
The Finnish Work Environment Fund

LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BUOHCCEDIKŠUNBIIRE

ppshp
POHJOIS-POHJANMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

BY NC ND

Tämä teos on lisensoitu Creative Commons
Nimeä-EiKaupallinen-EiMuutoksia 4.0
Kansainvälinen -lisenssillä

Graafinen suunnittelu ja taitto
Sirpa Randell

ISBN 978-952-03-0343-3 (nid.)
ISBN 978-952-03-0344-0 (pdf)

© 2016 TUP ja tekijä

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2016

YMPÄRISTÖMERKKI
MILJÖMÄRKT
441 729
Painotuote

Esipuhe

Jari Jokela & Mikael Saarinen

Sanaparia inhimillinen ja tehokas on suomalaisessa työelämässä pidetty perinteisesti lähes vastakohtina. Johtamisessa jako ihmisten ja asioiden johtamiseen näyttäisi pysyvän, vaikka vaihtoehtoja on ollut tarjolla jo vuosikymmeniä. Arjen johtamisessa inhimillinen nousee silloin tällöin esille inspiroivan johtamisvalmennuksen innostamana, tai henkilöstöosaston pyynnöstä lauseissa kuten ”henkilöstö on organisaation tärkein voimavara”. Johtoryhmän ajankäytössä inhimillinen kuitenkin häviää 10–0 erilaisten kustannusten, prosessien ja suoritteiden käsittelylle. Tästä huolimatta taistelu ihmispääoman tehokkaammaksi integroimiseksi yritysten ja organisaatioiden strategiaan ja toimintaan jatkuu. Yksi todiste siitä on tämä julkaisu, joka samalla toimii pitkän tutkimus- ja kehityshankkeen loppuraporttina.

Inhimillisesti tehokas johtaminen -tutkimusta ovat olleet rahoittamassa Työsuojelurahasto, Lapin sairaanhoitopiiri ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Työsuojelurahaston toimialueet perinteisestä työsuojelusta tuottavuuteen ja hyvään työvointiin pyrkivät osaltaan löytämään sillanrakennusaineita inhimillisen ja tehokkaan välille. Turhan usein tätä siltaa yritetään edelleen rakentaa melko yksinkertaisten tunnuslukujen varaan sen sijaan, että pulmaa lähestyttäisiin kokonaisvaltaisemmin tai jopa kokemuksellisuuden näkökulmasta. Kyselyjä on helppo rakentaa ja laskea yhteyksiä kyselytulosten ja erilaisten taloudellisten tunnuslukujen välillä. Mutta kuinka hyvin tavoitamme näillä työkaluilla tämän monimutkaisen ilmiön? Vastaavasti sairaanhoitopiirin kehittämistä, arvoja ja strategisia valintoja voi osaltaan ohjata ajattelumalli

inhimillisesti tehokkaasta toiminnasta. Tavoitteena voi olla sairaala, joka on inhimillinen henkilöstön ja potilaiden kannalta sekä tehokas ja tuottava henkilöstön osaamisen, näkemysten ja osallistumisen avulla. Edelleen laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollossa tavoitteena voi olla vahvistaa monialaisten työyhteisöjen toimintaa, tiedon hallintaa ja työn mielekkyyttä.

Inhimillisesti tehokkaasta sosiaali- ja terveysjohtamisesta voidaan luoda konkreettinen ja käytännönläheinen toimintamalli työyhteisön tietovirtojen, pätevyyksien ja työn mielekkyyden hallitsemiseksi sekä ylipäätänsä johtamisen kehittämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Tämä vie aikaa, koska usein on vaikeata löytää yhteisymmärrystä siitä, mitä tarkoitetaan inhimillisellä ja mitä tehokkaalla. Nykyisessä talouskeskustelussa tehokkuus tuntuu olevan lähes synonyymi inhimilliselle; kun talous on kunnossa, inhimillisyyden ajatellaan toteutuvan yksilön kannalta optimaalisesti. On ikään kuin vauraus ja hyvä taloudellinen tulos tekisivät maailmasta ja omasta työpaikasta automaattisesti inhimillisemmän. Yksilöiden kokemukset kertovat ikävä kyllä varsin erilaista tarinaa. Lisääntynyt varallisuus ja näennäisesti tehokkaammat prosessit eivät ole lisänneet hyvinvointia ja inhimillistä pääomaa. Päinvastoin, vanhat fyysiset vaivamme ovat ehkä muuttuneet henkisiksi, eivätkä niidenkään hoitoon näyttäisi toimivan tehokkaat tilastollisiin korrelaatioihin nojaavat näyttöperusteiset hoitomenetelmät. Jos inhimillisestä mutta myös tehokkaasta unohdetaan yksilö ja hänen kokemusmaailmansa, saadaan vain tyhjiä tilastollisia yhteyksiä.

Inhimillisesti tehokas sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatio samoin kuin inhimillisesti tehokas johtaminen ovat ajatuksina paradokseja, koska inhimillinen ja tehokas koetaan helposti toisilleen vastakkaisiksi asioiksi. Inhimillisesti tehokkaalle on kuitenkin nähtävissä selkeä tarve ja tilaus uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kohtaamme yhä enemmän ns. ilkeitä tai pirullisia ongelmia, joissa joko–tai-ratkaisut eivät ole mahdollisia. Sosiaali- ja terveysjohtamisessa tarvitaan yhä enemmän sekä–että-ratkaisuja, johtamista, joka on samanaikaisesti sekä inhimillistä että tehokasta. Tehokkuutta ei voi loputtomiin kasvattaa lisäämällä henkilöstön kiirettä ja juoksemista ilman, että ennen pitkää syyllistytään ryöstöviljelyyn. Tehokkuutta on kuitenkin

oikeutettua vaatia julkisin ja yhteisin verovaroin rahoitetuissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Inhimillisesti tehokkaassa ajattelussa tehokkuuden toteuttamiskeinoja ovat mm. henkilöstön hyvä työvointi, toiminnan sujuvuus ja työn mielekkyys.

Toivomme, että tämä julkaisu toimii houkuttimena inhimillisen ja tehokkaan kokonaisvaltaisempaan tutkimukseen maassamme. Helposti läpivietävien työelämähankkeiden sijaan olisi tärkeää pysähtyä riittäväksi aikaa pohtimaan tutkittavien ilmiöiden syvempää luonnetta ja tältä pohjalta valita uusia menetelmiä inhimillisen ja tehokkaan ymmärtämiseksi sekä kohtaamiseksi sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamisessa.

Kirjoittajat: Jari Jokela on Lapin sairaanhoitopiirin johtaja ja Mikael Saarinen Työsuojelurahaston tutkimusasiantuntija.

Sisällys

OSA II
TEHOKAS SOSIAALI- JA TERVEYSJOHTAMINEN

Kohti inhimillistä ja tehokasta sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamista

Antti Syväjärvi & Ville Pietiläinen

Sosiaali- ja terveysalalla (SOTE) työskentelee kaikkiaan lähes 400 000 työntekijää, joista vajaa 300 000 julkisella sektorilla ja noin 100 000 yksityissektorilla. Sektorikokonaisuutta voidaan pitää hyvin tieto- ja osaamisintensiivisenä sekä henkilöstövaltaisena, jonka työntekijämäärä on ollut kasvussa koko 2000-luvun. Vastaavasti sosiaali- ja terveysalan muutokset ovat tähdänneet viime vuosina yhä enemmän sektorin kokonaisvaltaiseen ja rajoja ylittävään uudistukseen, kun menneiden vuosikymmenten saatossa tietynlainen pirstaleisuus on päässyt vallalle. Pala palalta ja vuosikymmeniä käynnissä ollut sosiaali- ja terveysalan kehittäminen on johtanut toimialan organisaatioiden, toimintaprosessien, ammattihenkilöstön sekä itse asiassa koko palvelujärjestelmän haasteisiin, jotka usein ovat näyttäytyneet tehokkuuden, osaamisen, kulttuurin, muutoksen ja esimerkiksi vaikuttavuuden ei-toivottuina haasteina.

Tämä kirja ottaa käsittelyyn tieto- ja osaamisintensiivisen sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamisen sekä inhimillisestä että tehokkaasta näkökulmasta. Uudistusten yhteydessä julkiset sosiaali- ja terveysalan organisaatiot johtajineen kamppailevat muun muassa resurssien ja kehittyvien toimintaympäristöjen erilaisissa ristipaineissa. Alan organisaatiot ovat mo-

nien toimijaverkostojen, erilaisten osaajien ja asiantuntijoiden muodostamia. Sosiaali- ja terveysalan uudistusten ja ammattien kehittymisen myötä alan organisaatiot johtajineen ovat kohtaamassa muuttuvaa työtä, toimintatapoja, yhteistyövaateita ja toimintaympäristöä. Inhimillisen ja tehokkaan sosiaali- ja terveysjohtamisen kannalta nämä avaavat useita haasteita, jotka liittyvät itse työhön, työn tekemisen tapoihin ja kulttuureihin, työn mielekkyyteen tai kokemukseen sekä laajemmin tieto-organisaatioiden toimintaan.

Sosiaali- ja terveysalan johtamisen näkökulmasta on huomioitavaa, että on olemassa selkeitä viitteitä siitä, kuinka nykyinen muutoksellinen työelämäkehitys tulee jatkumaan. Tällöin velvoitetaan tutkimaan ja kehittämään esimerkiksi työtä sekä työn tekemisen tapoja työelämälähtöisesti. Tämä koskee myös sosiaali- ja terveydenhuoltoa, jonka yksi ominaispiirre on diversiteettisyys. Se viittaa tässä sosiaali- ja terveysalan toiminnalliseen, sosiaaliseen ja kulttuuriseen moninaisuuteen (vrt. Harvey & Allard 2005), joka ilmenee sekä ihmisten että yhteisöjen toiminnassa ja tietoperustaisuudessa. Kuten todettua, niin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot edustavat monella eri mittarilla tarkasteltuna merkittävää työelämäkokonaisuutta. Tarve kohdata työympäristöjä inhimillisesti ja tehokkaasti on perusteltu nyt ja tulevaisuudessa.

Organisaatiot voidaan ylipäätänsä ymmärtää yhteistoiminnan järjestelminä, joilla on tehtävästään tuleva olemassa olon oikeutus, toiminnalliset tavoitteet, vuorovaikutus- ja vaihdantasuhde toimintaympäristöönsä sekä lopulta kulttuurinen ja tulkinnallinen todellisuus itsestään. Sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamista selvittävällä kirjalla on siten useita velvoitteita, mutta nyt keskitytään organisaation inhimilliseen ja tehokkaaseen johtamiseen. Inhimillisesti tehokkaan työn tekemisen ulottuvuudet eli työn mielekkyys, kompetenssit ja tiedon hallinta osoittavat, että työelämän edistämistä ja tukemista voidaan perustellusti lähestyä monin tavoin. Joka tapauksessa työelämän laadun ja kokemuksellisuuden kehittäminen ja toisaalta tehokkuuden parantuminen tiedon hallinnan ja johtamisen keinoin on perusteltua kytkeä yhteen (esim. Rytilä 2011).

Julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa voidaan pitää henkilöstövaltaisena, tieto- ja osaamisintensiivisenä kokonaisuutena (mm. Lehtopuu ym. 2012).

Johtamisesta ja johtajuudesta on tullut ammatti, jonka tulee kehittyä ja löytää ajalleen vertaisia näkökulmia (Ropo 2011). Siten johtajuus ei ole pelkästään yksittäisen toimialan, organisaation tai ihmisen ominaisuus. Pikemminkin se on todellisiin työelämätilanteisiin, toimijasuhteisiin ja -kokemuksiin, kulloisiinkin tavoitteisiin ja eritasoisiin verkostoihin asemoituvaa, niin organisaatioita ja työyhteisöjä kuin laajemmin koko työelämääkin kestävästi palvelevaa toimintaa. Tieto- ja osaamisintensiivisellä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon alalla henkilöstö mielletään merkityksellisenä toimijana. Henkilöstösidonnaisia johtamistilanteita pidetään puolestaan usein haastavina. Tällöin on syytä etsiä perusteltua tietoa siitä, miten henkilöstöä tai työyhteisöjä ylipäätään voidaan kohdata ja johtaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden alati vaihtelevissa tilanteissa (Syväjärvi ym. 2012).

Vastaavasti tieto on sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijaorganisaatioissa ja monen toimijan moniammatillisissa verkostoissa keskeinen, toimintaa ja toimivuutta sekä myös tehokkuutta ilmentävä tekijä. Tehokkaan, ja onnistuneenkin, johtamisen kannalta keskeistä on muun muassa se, miten tietotarpeet tunnistetaan, tietoa hankitaan, jalostetaan ja jaetaan sekä miten tietoa luetaan, opitaan, varastoidaan ja hyödynnetään. Lopulta kyse on siitä, miten tieto vaikuttaa itse toimintaan ja sen hyvyyteen. (Mm. Choo 2006; Syväjärvi & Stenvall 2010.) Parhaimmillaan tiedon hallinta tarjoaa tarvittavan virikkeen, jolla johtaminen pysyy jatkuvasti aktiivisena sekä asetettuihin tehtäviin (esim. palvelutehtävä) ja tavoitteisiin nähden kyltymättömänä toimintana. Kenties toissijaista on, että tiedon hallinnalla tehokkaaseen johtamiseen tähtäävän toiminnan liikkeelle paneva voima voi kummuta vaihtelevasti vallitsevista tilanteista, toimijoista itsestään, yhteisön strategisista tavoitteista tai loppukäyttäjien tarpeista.

Inhimillisyys ja tehokkuus organisaatioiden johtamisen lähtökohtina merkitsevät, että johtamisen tulee kehittyä kokonaisvaltaisesti. Tässä kirjassa selvitetään, kuinka olla inhimillinen ja tehokas johtamisessa myönteisellä ja adaptiivisella tavalla ilman niiden keskinäistä rasitetta. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden työelämässä on aina toimintaa vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä, jotka ovat kietoutuneena toisiinsa, molemmat ulottuvuudet

kuuluvat työorganisaatioiden elämään ja ne on syytä huomioida samanaikaisesti. Esimerkiksi ”myönteisten ja kielteisten” tai ”pehmeiden ja kovien” asioiden käsitteleminen yhdessä on yksi tällainen rajanylityksen tapa, jota työelämän tarkastelu myös johtamisen kannalta tarvitsee (vrt. Perttula & Syväjärvi 2012). Inhimillisesti tehokas johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa pyrkii juuri tähän, tunnistaen muun muassa muutoksen, mukautumisen, kompetenssin sekä jaetun ja vuorovaikutteisen toiminnan piirteitä.

Crossanin ym. (1999) mukaan yksilötason toiminnassa tärkeitä ovat kokemukset, mielikuvat, kieli, kognitiiviset kartat ja keskustelu. Ryhmätasolla työyhteisölle ratkaisevaa on jaettu ymmärrys, vuorovaikutusta tukevat järjestelmät ja keskinäinen hyväksyntä. Organisaatiotasolla korostuvat rutiinit, säännöt ja toimintamallit sekä arviointijärjestelmät. Vastaavasti tehokkuuteen pyrkivät julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot kohtaavat tiedon hallinnan haasteita. Tiedon hallinta tarkoittaa tässä yhteydessä tiedon, tietovarantojen ja tietoon perustuvien organisatoristen toimintaprosessien ja -kulttuurin sekä osaamisten hallintaa. Ulrich (2000) toteaa, että kun tieto ja osaaminen heikkenevät, niin organisaation arvo vaarantuu. Vastaavasti tiedon ja osaamisen vahvistuminen voivat lisätä organisaation arvoa (Pfeffer & Sutton 2006). Tiedon hallinnasta voikin muodostua merkittävä työelämän kehittämisalue, kun pyritään lisäämään organisaation tai työyhteisön tehokkuutta, muutos- ja mukautumiskykyä, kilpailukykyä ja elinvoimaisuutta sekä ennen kaikkea varautumista usein yllätykselliseen tulevaisuuteen (vrt. Vartiainen ym. 2014).

Inhimillisesti ja tehokkaasti johtaen – näkökulman taustaa ja sisältöä

Inhimillinen ja tehokas eivät ole toistensa vastakohtia, vaan toisiinsa kietoutuneita osatekijöitä sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamiseen. Ensimmäinen kivijalka eli inhimillisen ja ihmisläheisen johtajuuden ulottuvuus kumpuaa monista, mutta erityisesti työhön, työntekijöihin, työyhteisöihin ja työorganisaatioihin kohdistuvista tekijöistä. Moniammatillisissa, toiminnallisesti ja kulttuurisesti haastavissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa

inhimillisten tekijöiden huomiointi ja tuntemus on erityisen tärkeätä. Myös kehittämistyössä on tiedostettu henkilöstöstä, ihmisistä käsin lähtevän motivaation ja ideoinnin merkitys, ja toimialan organisaatioissa kannattaakin edistää työyhteisöistä lähtevää laatua, tehokkuutta ja omaehtoisuutta (DelliFraine ym. 2010; Hantula, Suhonen & Paasivaara 2012). Tässä kirjassa inhimillisyyden näkökulma johtamisessa painottuu vuorovaikutteiseen, kokemukselliseen, positiiviseen, autenttiseen, monimuotoiseen sekä työn mielekkyyteen ja adaptiivisuuteen perustuviin lähtökohtiin.

Näitä inhimillisyyden lähtökohtia voidaan tarkastella toisistaan erillisinä, mutta toisiinsa kytkettyinä lähestymistapoina, sillä ne täydentävät toisiaan erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa. Esimerkiksi positiivisuus johtamisessa kannustaa kiinnittämään huomiota ihmisten vahvuuksiin ja kyvykkyyteen (mm. Luthans & Youssef 2009). Positiivinen johtamisote asemoituu toimijoiden mahdollisuuksiin ja potentiaaliin, jolloin sosiaali- ja terveysjohtamisen tehtävänä on mahdollistaa hyvä organisaatioelämä ja yhteisöllisyys sekä yksilöiden että työyhteisöjen näkökulmista. Työntekijälle sosiaali- ja terveydenhuollossa on tärkeää, että hän tunnistaa työstä ja sosiaalisista suhteista aidosti hyviä ja mielekkäitä kokemuksia. Kyse on työntekijän näkökulmasta optimaalisesta tilanteesta, jossa hänen elämäntilanteensa ja työlle antamansa tavoitteet, arvot ja merkitykset toteutuvat tasapainoisesti.

Pelkkä myönteisyys, kannustaminen ja hyvyyteen pyrkiminen johtajuudessa ei kuitenkaan riitä, sillä niiden toteuttamisen ja esimerkiksi tunteiden välittämisen on perustuttava aitouteen. Hektisessä työelämässä ja muutosten aiheuttamassa epävarmuudessa ihmiset tarkkailevat ympäristöään ja johtajan toimintaa herkemmin tuntosarvin, jolloin johtajalta odotetaan myös aitoutta ja tasapuolisuutta (Algera & Lips-Wiersma 2012; Vakkala 2012). Työelämäntilanteeseen kiinnittyneet kokemuksellisuus ja autenttisuus sisältyvät vuorovaikutteiseen johtajuuteen. Aito, todellinen organisaatiotodellisuus ja työyhteisön arki sisältää myös epämiellyttäviä ja hankalia asioita, pettymyksiä ja ongelmatilanteiden ratkomista (Raisio 2008). Kriittinen, ja näin ollen aidosti vuorovaikutteinen johtajuus kykenee havaitsemaan myös tietämättömyyttä, välinpitämättömyyttä, epäluottamusta, heikkoa itsetuntoa, konflikteja, kyy-

nisyyttä, epätoivoa ja osaamattomuutta niin yksilöissä kuin työyhteisössä. Tiedetään esimerkiksi, etteivät negatiiviset, kyyniset, "sivistymättömät", epäkohteliaat ja epäluottamuksen valtaamat yhteisöt juuri menesty (Avolio ym. 2010).

Autenttisuuteen perustuva näkökulma todentaa myös johtajuuden inhimillisyyden puutteita ja niiden vaikutuksia. Kriittisen ja refleksiivisen otteen merkitys on suuri johtajuudelle, koska myös johtaminen on kohdattava puutteineen ja hyveineen. Autenttisuus perustuu vahvaan itsensä tuntemukseen, kykyyn tunnistaa ja välittää tunnetiloja, sekä tietoisuuteen sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja dynamiikasta. Keskeisenä pidetään johtajan vahvaa ja kehittyvää psykologista pääomaa, jolloin hän kykenee vaikuttamaan myönteisesti työntekijöiden ja työyhteisöjen toimintaan (mm. Rego, Sousa, Marques & Pina e Cunha 2012). Tietoisuutta ja tuntemusta itsestä pidetään autenttisen johtajuuden peruslähtökohtana, mahdollistaen kokemuksellisuuden kautta ymmärryksen työyhteisön dynamiikasta. Kuten Perttula (2012) esittää, tarkasteltaessa itsensä johtamista on lähdettävä liikkeelle ihmisen ymmärtämisestä. Itsetuntemuksen ja reflektion kautta johtajalla on mahdollisuus ymmärtää johdettaviaan subjekteina (Bandura 2001), ja vasta sen jälkeen voidaan pohtia heidän johtamistaan. Autenttinen johtaja tuntee itsensä, mukaan lukien monitulkintaisuutensa, epäjohdonmukaisuutensa sekä itsetuntemuksensa rajoitteet (Diddams & Chang 2012). Johtajuus on näin ollen luonteeltaan adaptiivista, jatkuvasti muuttuvaa, päivittyvää ja kaikkinensa epätäydellistä. Autenttisuus ja vuorovaikutteisuus luovat kuvaa inhimillisestä, mutta jämäkästä ja arvoihin nojaavasta sosiaali- ja terveysjohtamisesta, herättäen luottamusta ja luoden avointa, arvostavaa ilmapiiriä.

Inhimillisesti tehokkaan johtamisen toinen kivijalka eli tehokkuuden ulottuvuus perustuu sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamisessa tiedolle ja sen hallinnalle. Tietoa hyödynnetään ja hukataan erilaisissa organisatorisissa yhteyksissä usein juuri toiminnallisista syistä. Tieto voidaankin nähdä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä yhtenä keskeisenä menestymistä edistävänä tai heikentävänä tekijänä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot edustavat monella eri mittarilla tarkasteltuna merkittää tietoperustaista työelämäkokonaisuutta, joihin liittyy varsin useita

velvoitteita (esim. Mazur & Chen 2009). Tässä kirjassa tehokkuuteen pyrkivät sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot johtajineen kohtaavat monialaisuuden ja -muotoisuuden risteyksissä tiedon hallinnan, tiedon hukkaantumisen ja hyödyntämisen, tietokulttuurin, toimintaympäristön, kompetenssin, palveluiden ja verkostojen edellyttämiä haasteita.

Tehokkuudessa kyse on yksinkertaisesti siitä, mitkä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa ovat tyypillisiä tapoja käsitellä toimijoiden omaa ja heidän välistä tietopääomaa silloin, kun tietoa tunnistetaan, hankitaan, jalostetaan, jaetaan, varastoidaan ja hyödynnetään. Organisaatioissa ongelmana – ja tehokkaan johtamisen haasteena – on usein entropia, jolloin esillä on paljon tietoa ja toiminnan energiaa yhteisön tuottamana, mutta tätä pääomaa ei kyetä hyödyntämään (mm. Pietiläinen 2010; Anand ym. 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon työelämässä tietopääoma voi tyypillisesti muodostua substanssin tai toimialan informaatiopääomasta, asiakaspääomasta ja rakenteellisesta pääomasta, joiden perusteella rakentuvaan osaamispääomaan kuuluvat tietoresurssit, sosiaalinen ja inhimillinen pääoma sekä lopulta toimijan ”tiedollinen” infrastruktuuri (Koenig 1998).

Lähtökohtaisesti kehittynyt ja onnistunut tiedon hallinta voi parantaa organisaation päätöksentekoa ja kasvattaa kykyä toiminnan koordinointiin. Tiedon ja sen käsittelyn kykyä tarvitaan, kun pyritään sopeutumaan alati muuttuvaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön tai kehittyviin toimintatapoihin. Tieto on sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamisessa yllättävänkin keskeisessä roolissa, jolloin epäonnistumiset tai onnistumiset tiedon kanssa ovat monella tapaa merkityksellisiä. Esimerkiksi Rytilän (2011) mukaan terveydenhuollon palveluprosessien suorittaminen edellyttää monenlaisen operatiivisen tiedon olemassaoloa ja välitystä eri toimijoiden kesken. Operatiivinen tieto on hyvin dynaamista, muuttuen palveluprosessien edetessä. Operatiivisen tiedon lisäksi organisaatioiden, työyhteisöjen tai yksittäisten asiantuntijoiden on hankittava ja käsiteltävä myös strategisemman tason tietoa. Tämä voi olla luonteeltaan esimerkiksi ”hiljaista” ja välittyä tuottavasti tai ei-tuottavasti organisatorisessa vuorovaikutuksessa.

Tehokkuuden ulottuvuudessa on keskeistä huomata, kuinka tiedon organisaatioksi voidaan määritellä sellainen yhteisö, joka yhdistää toiminnassaan ymmärryksen tai merkityksen, tiedon luomisen, päätöksenteon ja tiedon käytön. Sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaankin nähdä, että tieto- ja osaamisintensiivinen toiminta perustuvat usein edellä mainittuihin tekijöihin sekä niiden hallintaan ja suhteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivan organisaation on johtajineen kyettävä sopeutumaan ympäristönsä muutoksiin ja sitoutumaan uuden tiedon käsittelyyn ja jatkuvaan oppimiseen. Tietämyksen ja asiantuntijuuden korostuessa erilaiseen tietopääomaan perustuva yhteisö kykenee hyödyntämään paitsi täsmällistä ja jaettua, niin myös kokemusperustaista tietoa. Esimerkiksi yksittäisille toimijoille on tärkeätä osata jakaa, vaihtaa ja uudelleen muodostaa tietoa, jolloin tehokkaan johtamisen yhteydessä esille nousee tarve tiedon suhteille, siirrolle ja käytölle toimijoiden välillä. Parhaimmillaan tiedon keskeiset muodot ja tietopääoma ovat yhteisön kilpailuvaltti, johon sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat tai organisaatiot osallistuvat. Inhimillisesti tehokkaan johtamisen osalta on keskeistä tunnistaa, että toiminnalle ja toimijoille merkityksellistä tietopääomaa voidaan johtamisen kautta joko hyödyntää tai hukata. Tehokkuus ulottuvuutena korostaa sitä, että tiedon hyödyntämiselle ja hukkaamiselle keskeiset periaatteet ovat lähes kääntäen verrannollisia (mm. Davenport & Prusak 2000).

Mitä sitten ovat tehokkuuden ulottuvuudessa tiedon hyödyntämisen ja hukkaamisen keskeiset kriteerit monen toimijan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa? Kriteereitä on tietysti useita, mutta tässä kirjassa korostuvat tietoperustaisuuden ja -kulttuurin kysymykset, kompleksisuus ja toimintaympäristö, palvelut ja kompetenssit sekä yhteistyö ja verkostot. Henkilöstö- tai organisaatiotoimintalähtöiset tutkimukset ovatkin korostaneet asiantuntijaorganisaatioiden parissa kehittyneempää tiedon hallintaa ja perusteltavuutta (mm. Choo 2006; Lehtopuu ym. 2012). Esimerkiksi Choon (2006) mielestä tiedon perusteltavuuteen liittyvät jaettavuus, sopimuksenvaraisuus ja merkityksellistäminen. Davenport ja Prusak (2000) lisäävät tiedon perusteltavuuteen vielä kokemuksia ja oivalluksia sisältävän merkityksellisyyden, joka vaikuttaa tehtäviin havaintoihin ja arviointiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon

organisaatiossa usein tieto on pohjimmiltaan yhteisöllistä, se syntyy yksilöiden ja laajempien yhteisöjen välisissä vuorovaikutuksissa.

Tortoriellon ym. (2012) mukaan kyky käsitellä ja välittää tietoa tehokkaasti organisaatioiden välillä sekä toisaalta kyky yksilönä toimia vuorovaikutteisesti ja rajoja avaavana (engl. *boundary spanner*) toimijana, on kriittistä menestymisen ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Kyse on konkreettisesti tietokuilujen umpeen kuromisesta ja tiedon rajojen purkamisesta. Tätä toimintaa pidetään tietoperustaiselle johtajuudelle tärkeänä (Ernst & Chrobot-Mason 2010). Esimerkiksi tietovirtojen kanssa toimijoiden tulee ymmärtää organisaation identiteettiä ja tehdä tulkintaa toimintaympäristöstä, jolloin korostuvat muun muassa strategia, sisäiset standardit sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa, tiedonhallinta, rajapintaelementit (*boundary elements*), ihmisten vuorovaikutus ja kokemukset sekä tieto- ja kommunikaatiojärjestelmät. Siten inhimillisesti tehokas johtaminen on lopulta aktiivista toimintaa. Inhimillisyys ja tehokkuus eivät synny toisistaan riippumatta. Erillisinä elementtinä ne eivät johda toivottuihin vaikutuksiin sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtamisessa. Kohtaamalla inhimillisesti tehokkaan johtamisen toimintakenttää, on mahdollista tehdä kokonaisvaltaisia ratkaisuja sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa ja välttää toimintakykyä heikentävää osaoptimointia. Tämän kirjan lähestymistavan ideana on toiminnan inhimillistäminen ja tehostaminen samanaikaisesti, toisiaan täydentävinä ulottuvuuksina. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtajat ovat nyt ja tulevaisuudessa keskeisiä toimijoita inhimillisen ja tehokkaan työelämän sekä lopulta laadukkaan ja vaikuttavan palvelutuotannon luomisessa.

Kirjan rakenteesta

Tämä kirja rakentuu tematiikkaa alustavasta johdantoluvusta, kahdesta pääosasta ja summaavasta päätösluvusta. Kirjan pääosista ensimmäinen keskittyy enemmän inhimillisyyden ja toinen tehokkuuden lähtökohtaan. Kuten todettua, kirjassa ei aseteta inhimillistä ja tehokasta johtamispainotusta vastakkain, vaan pyritään antamaan myönteisiä näkökulmia ja sisältöjä organisaatioiden

tarkoituksenmukaiseen ja tuottavaan toimintaan sekä niiden johtamiseen. Kirjan kahtiajakoa voidaan pitää jossain määrin tuottamuksellisena, sillä kaikki kirjan luvut sisältävät sekä inhimilliseen että tehokkuuteen kohdistuvia näkökulmia. Huolimatta näkökulmien limittäisyydestä olemme halunneet kahtiajaolla osoittaa, mihin lukujen sisällöllinen painopiste kohdistuu. Samalla jaottelun tarkoituksena on helpottaa lukemisorientaation muodostamista kirjan sisältöihin.

Kirjan molemmissa pääosissa on neljä lukua, jotka ovat käyneet läpi perinteisen tieteellisen vertaisarvioinnin. Jokainen luku päättyy keskeisiin viesteihin tai niin sanottuihin ”nostoihin”, jotka lukujen kirjoittajien mukaan tulisi huomioida sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa sekä erityisesti johtamisessa.

Kirjan ensimmäisessä luvussa Ville Pietiläinen, Antti Syväjärvi ja Ilkka Salmi käsittelevät vuorovaikutuksellisuuden kautta muuttuvia ja uudistuvia, toimialan henkilöstöä koskevia tilanteita. Vuorovaikutuksen johtamista pohditaan diskursiivisen johtamisen näkökulmasta.

Kirjan toisessa luvussa Anne Koskiniemi avaa sosiaali- ja terveysjohtamista autenttisuuden ja kokemuksellisuuden näkökulmista. Kahdella pääasiallisella näkökulmallaan luvussa inhimillisyys avautuu yksilön ja työyhteisön sosiaalisena todellisuutena, joka johtamisessa tulisi ottaa aiempaa selvemmin huomioon.

Kolmannessa luvussa Hanna Tiirinki, Marjo Suhonen, Nina Lunkka ja Leena Turkki keskittyvät sosiaali- ja terveysalan monimuotoisuuteen eli diversiteettiin johtamisen haasteena. Moniammatillisuus ja diversiteetin tasot kuvataan erilaisten merkitysten kautta, kuitenkin painottuen terveysalan johtamiseen.

Kirjan ensimmäisen pääosan viimeinen eli neljäs luku on tulevaisuusorientoitunut, jossa Ilpo Laitinen käsittelee työn mielekkyyden ja mahdollisuuksien yhteyksiä sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamiseen. Luku asemoituu työn mielekkyyteen ja kompleksisuuteen terveyspalvelujen adaptiivisen johtamisen kautta.

Kirjan toisen pääosan aluksi, viidennessä luvussa kirjoittavat Hanna Vakkala ja Miia Palo. Luku keskittyy tietoperustaisuuden ja tietokulttuurin kysy-

myksiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Erityisesti tarkastelussa ovat tiedon kriittiset ominaisuudet ja tiedon jakaminen sekä toisaalta tietokulttuurin rakentuminen ja yhteys johtamiseen.

Kuudennessa luvussa Pirkko Vartiainen, Harri Raisio ja Niklas Lundström käsittelevät varsin ajankohtaista ja tulevaisuusorientoitunutta kompleksisuuden teemaa. Kompleksisuus koettelee ja mahdollistaa eri tavoin sosiaali- ja terveysjohtamista, johon kirjoittavat tuovat alan organisaatiota käsitteellistäviä ja koskettavia näkökulmia.

Kirjan seitsemäs luku liittyy Marjo Räsäsen, Jari Stenvallin ja Katja Heikkisen toimesta kompetenssiin sekä palveluihin ja palveluiden kehittämiseen osana sosiaali- ja terveysjohtamista. Esimerkkinä tekijät käyttävät hoitotyön kliinistä asiantuntijuutta, jonka mukaisesti kompetenssit palveluiden kehittämisessä avaavat laajemminkin toimialan asiantuntijuutta.

Kirjan viimeinen kahdeksas luku on Vuokko Niirasen kirjoittama. Luvussaan kirjoittaja selvittää uudistuvia verkostoja ja yhteistyörakenteita, joita sosiaali- ja terveysjohtamisessa kohdataan yhä enenevissä määrin. Luku osoittaa johtajan työn moninaisuutta ja -ulotteisuutta muun muassa hybridiorganisaatioiden näkökulmasta.

Täten käsillä oleva kirja avaa uudella tavalla ja tulevaisuusorientoituneesti johtamistodellisuutta, jota uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ja toimintaympäristöissä kohdataan. Sosiaali- ja terveysjohtaminen kehkeytyy ihmisen ymmärtämisestä, organisaatioelämän kokemuksista, arkisista tilanteista ja tapahtumista sekä tavoista mieltää henkilöstö työelämässä. Johtamistyölle tämä kirja antaa laaja-alaista ymmärrystä, rohkeutta ja välineitä kohdata ihmisiä sosiaali- ja terveydenhuollon työelämässä. Lisäksi kirja avaa tietokulttuuria ja tietoperustaisuutta, monimuotoisuutta, kompetensseja ja palveluita sekä lopulta verkostomaisen yhteistoiminnan tarvetta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisympäristössä.

Kirjan luvuissa käytetyissä käsitteissä hyödynnetään osittain samaa lähdemateriaalia ja teoreettista perustaa. Tämä on luonnollista, sillä ajankohtaisessa johtamistutkimuksessa painopiste ei enää ole ollut johtamisteorioiden ja erilaisten ismien erottelussa, vaan teorioita integroivissa näkökulmissa. Esimer-

kiksi muutoksen tai kompleksisuuden johtamisen ulottuvuudet sisältyvät jollain tavalla useisiin viime vuosina korostuneisiin johtamisteorioihin. Kirjassa käytettyjen käsitteiden moniulotteisuudesta ja limittäisyydestä johtuen emme tarkastele niiden välisiä suhteita erillisellä kuviolla. Käsitteellinen moninaisuus lisää tämän kirjan lukemiskokemuksen haastavuutta, mutta kuvaa samalla kattavasti niitä keskusteluja, joita sosiaali- ja terveysjohtamisesta käydään. Tämän kirjan jokainen luku avaa osaltaan näitä keskusteluja. Sisällöllisistä yhtymäkohdista huolimatta lukujen painopisteet tarkasteltaviin keskusteluihin on asetettu eri tavoin, joten uskomme jokaisen luvun tuovan lukijalle uutta ajateltavaa.

Kirjan lukujen 1, 2 ja 5 esimerkit perustuvat suoraan Inhimillisesti tehokas johtaminen -tutkimushankkeeseen, luvut 3, 4, 6, 7 ja 8 perustuvat muihin tutkimusmateriaaleihin ja ajankohtaiseen keskusteluun sosiaali- ja terveysjohtamisesta.

Kirja on suunnattu sosiaali- ja terveysalan strategiselle johdolle, lähijohtajille ja kehittäjille, mutta myös akateemisille toimijoille ja oppikirjaksi. Moninaisen kohderyhmän tavoittamiseksi kirjan lukujen painotuksissa on jonkin verran eroja. Joissakin luvuissa on enemmän tutkimusaineistoon perustuvia näytteitä, joissakin luvuissa tarkastelu on yleisempää. Eroista huolimatta jokainen luku perustuu alan ajankohtaiseen tutkimukseen ja sisältää sosiaali- ja terveysjohtamisen käytäntöön liittyviä kehittämisnäkökulmia. Kirjaa voi lukea joko kokonaisena oppikirjana tai yksittäisinä temaattisina lukuina.

Kirjan taustalla on kolme vuotta kestänyt akateeminen tutkimushanke, jota ovat rahoittaneet Työsuojelurahasto ja sairaanhoitopiirit. Kirjoittajat edustavat sosiaali- ja terveyshallinnon, organisaatioiden ja johtamisen tutkijoita, jotka joko suoraan tai tutkimusyhteistyön kautta linkittyvät Lapin yliopistoon, Tampereen yliopistoon, Vaasan yliopistoon ja Itä-Suomen yliopistoon. Kirjoittajien tarkemmat yhteydet on esitetty kunkin luvun lähdeluettelon päätteeksi.

Lähteet

Algera, P.M. & Lips-Wiersma, M. (2012). Co-creating the conditions under which all members of the organisation can be authentic. The Leadership Quarterly, 23, pp. 118–131.

Anand, G., Gray, J. & Siemsen, E. (2012). Decay, shock, and renewal: Operational routines and process entropy in the pharmaceutical industry. Organization Science, 23(6), 1700–1716.

Avolio, B.J., Griffith, J., Wernsing, T.S. & Walumbwa, F.O. (2010). What is Authentic Leadership Development? In P.A. Linley, S. Harrington & N. Garcea (Eds). Oxford Handbook of Positive Psychology and Work. New York: Oxford University Press.

Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Annual Review of Psychology, 52, pp. 1–26.

Choo, C.W. (2006). The knowing organization. How organizations use information to construct meaning, create knowledge, and make decisions. Oxford University Press, USA.

Crossan, M., Lane, H.W. & White, R.E. (1999). An organizational learning framework: From intuition to institution. Academy of Management Review, 24(3), pp. 522–537.

Davenport, T.H. & Prusak, L. (2000). Working knowledge. How organizations manage what they know. Harvard Business School Press. USA.

DelliFraine, J., Langabeer, J. & Nembhard, I. (2010). Assessing the Evidence of Six Sigma and Lean in the Health Care Industry. Quality Management in Health Care, 19 (3), pp. 211–225.

Diddams, M. & Chang, G.C. (2012). Exploring the nature of weakness in authentic leadership. The Leadership Quarterly, 23, pp. 593–603.

Ernst, C. & Chrobot-Mason, D. (2010). Boundary Spanning Leadership: Six Practices for Solving Problems, Driving Innovation, and Transforming Organizations. McGraw-Hill, USA.

Hantula, R., Suhonen, M. & Paasivaara, L. (2012). Projektit terveydenhuollon muutoksen keinona – hoitotyöntekijöiden näkökulma. Hallinnon Tutkimus, 31(1), pp. 36–47.

Harvey, C.P. & Allard, J.M. (2005). Understanding and managing diversity. Prentice Hall, USA.

Koenig, M. (1998). From Intellectual Capital to Knowledge Management – What Are They Talking About? Inspel, 32(4), pp. 222–233.

Lehtopuu, H., Syväjärvi, A. & Perttula, J. (2012). Henkilöstölähtöiset kehittämisalueet julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Hallinnon Tutkimus, 31(4), pp. 294–311.

Luthans, F. & Youssef, C.M. (2009). Positive Workplaces. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds). Oxford Handbook of Positive Psychology. New York: Oxford University Press.

Mazur, L.M. & Chen, S-J. (2009). An empirical study for medication delivery improvement based on healthcare professionals' perceptions of medication delivery system. Health Care Management Science, 12, 56–66.

Perttula, J. & Syväjärvi, A. (toim.) (2012). Johtamisen psykologia. Jyväskylä: PS-kustannus.

Pfeffer, J. & Sutton, R.I. (2006). Hard facts, dangerous half-truths and total nonsense: profiting of evidence-based management. Harvard Business School Press, Boston, USA.

Pietiläinen, V. (2010). Johtajan ammatillisten kompetenssien profiloituminen kompleksisessa toimintaympäristössä. Acta Universitatis Lapponiensis 177, Lapin yliopisto. Juvenes Print, Tampere.

Raisio, H. (2008). Wicked-problematiikan käsitteellinen tarkastelu: Uusia näkö-kulmia terveydenhuollon johtamiseen. Premissi, 2(1), pp. 32–42.

Rego, A., Sousa, F., Marques, C. & Pina e Cunha, M. (2012). Authentic leadership promoting employees' psychological capital and creativity. Journal of Business Research, 65, pp. 429–437.

Ropo, A. (2011). Johtajuuden ilmiö – Johtajaominaisuuksista kokemuksellisiin konstruktioihin. Teoksessa T. Virtanen, P. Ahonen, A. Syväjärvi, P. Vartiainen, J. Vartola & J. Vuori (toim.). Suomalainen hallinnon tutkimus – Mistä, mitä, minne? Tampere: Tampere University Press, pp. 191–217.

Rytilä, M. (2011). Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla. Acta Universitatis Lapponiensis 214, Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.

Syväjärvi, A., Lehtopuu, H., Perttula, J., Häikiö, M. & Jokela, J. (2012). Inhimillisesti tehokas sairaala. Työn mielekkyys henkilöstön kokemana. Lapland University Press. Tampere: Juvenes Print.

Syväjärvi, A. & Stenvall, J. (Eds) (2010). Data mining in public and private sectors: organizational and government applications. Information Science Reference. Hershey, PA. USA.

Tortoriello, M. Reagans, R. & McEvily, B. (2012). Bridging the knowledge gap: The influence of strong ties, network cohesion, and network range on the transfer of knowledge between organizational units. Organization Science, 23(4), pp. 1024–1039.

Ulrich, D. (2000). Context, capability and response. In Chowdhury, S. (Ed.). Management 21C. London: Financial Times/Prentice-Hall, 235–248.
Vakkala, H. (2012). Henkilöstö kuntauudistuksissa. Psykologinen johtamisorientaatio muutoksen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen edellytyksenä. Acta 238. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
Vartiainen, P., Ollila, S., Raisio, H. & Lindell, J. (2013). Johtajana kaaoksen reunalla – kuinka selviytyä pirullisista ongelmista? Gaudeamus. Tallinna.

Kirjoittajat: Antti Syvärvi on hallintotieteen professori ja Ville Pietiläinen johtamisen psykologian yliopistonlehtori Lapin yliopistossa.

OSA I

INHIMILLINEN SOSIAALI- JA TERVEYSJOHTAMINEN

Muuttuvien vuorovaikutustilanteiden haaste – Integroiva näkökulma diskursiiviseen johtamiseen

Ville Pietiläinen, Antti Syväjärvi & Ilkka Salmi

Johdanto

Sosiaali- ja terveysalan organisaatiot ovat palveluyhteisöjä, joiden päivittäisessä toiminnassa korostuvat inhimilliset tilanteet ja niihin liittyvät haasteet. Vuorovaikutuksen avulla luodaan tilanteita koskevia yhteisiä merkityksiä, kuten tuotetaan ratkaisuja haasteisiin, sovitaan työnjakoa, päätetään menettelytavoista sekä vaihdetaan ja jaetaan tietoa. Arjen toiminnassa jokainen yhteisön jäsen vaikuttaa yhteisten merkitysten muodostamiseen. Erityisesti johtajalta edellytetään sekä omien vuorovaikutustaitojen syvällistä tuntemusta että vuorovaikutteisen ilmapiirin ja kulttuurin rakentamista. Haastavien vuorovaikutustilanteiden dynamiikka ja johtamiskompetenssit ovatkin korostuneet viimeaikaisessa ammatti- ja tutkimuskirjallisuudessa (esim. Jian & Dalisay 2015; Kinsley-Westerman 2015; Mikkelson et al. 2015).

Kasvaneeseen kiinnostukseen on vaikuttanut organisatoristen muutosten nopeutuminen, yllätyksellisyys ja epämääräisyys (Laitinen & Stenvall 2012). Haastavat sosiaaliset tilanteet, kuten työyhteisön rakenteelliset uudistukset, yt-menettelyt tai erilaiset tiimi- ja sovittelukäytännöt on nähty yhä enemmän ilkeiden ongelmien näkökulmasta (wicked problems), joiden hallitsemiseen tarvitaan erityisiä johtamiskompetensseja (Pietiläinen 2010). Sosiaali- ja terveydenhuollon kaltaisissa palvelualan organisaatioissa vuorovaikutuksen joh-

tamista voidaan pitää erityisen tärkeänä. Työyhteisöjen tulisi samanaikaisesti olla sekä inhimillisesti miellyttäviä työympäristöjä että tuottaa tehokkaasti asiakkaan kannalta laadukasta palvelua (Lehtopuu, Perttula & Syväjärvi 2012).

Vuorovaikutukseen asemoituvaa johtamista voidaan lähestyä kahdesta jännitteisestä, usein vastakkaisina pidetyistä näkökulmista (vrt. Edwards 1997). *Deskriptiivinen ja kognitiivista yksilöpsykologiaa* painottava näkökulma juontaa juurensa 1900-luvun alun Eurooppaan. Näkökulmassa sosiaalista toimintaa on lähestytty psyykkisen prosessoinnin ulottuvuudesta, jonka on uskottu heijastavan yksilön toimintaa vuorovaikutustilanteissa. Tämä on puolestaan johtanut erilaisten persoonallisuustyyppien ja profiilien korostamiseen vuorovaikutuksen johtamisessa. Kognitiivisesta näkökulmasta persoonallisuus on ilmennyt melko pysyvänä ominaisuutena, jonakin, jota voidaan oppia hallitsemaan ja sopeuttamaan muuttuvissa vuorovaikutustilanteissa. *Relativistinen ja diskursiivista prosessia* painottava lähestymistapa syntyi myös 1900-luvun taitteessa, jolloin eurooppalaiseen perinteeseen haettiin etäisyyttä Pohjois-Amerikasta. Relativistisessa näkökulmassa ei enää luotettu ihmisten pysyvään "persoonallisuuteen". Johtamisen katsetta ei siten myöskään kohdistettu yksilöiden psyykkiseen prosessointiin, vaan siihen, miten sosiaalinen vuorovaikutustodellisuus – ja tässä todellisuudessa tarkasteltavat ilmiöt – rakentuvat. Diskursiivisesta näkökulmasta vuorovaikutus nähdään dynaamisena toimintana, jossa tarkasteltavaa ilmiötä koskevia merkityksiä hahmotellaan, koetellaan, ja ennen kaikkea – luodaan vaihtuvissa sosiaalisissa asetelmissa. Tässä kirjan luvussa tarkastelemme, millaisia johtamisen haasteita ja ratkaisuja jälkimmäinen eli diskursiivinen näkökulma asettaa muuttuville sekä inhimillisyyttä painottaville vuorovaikutustilanteille julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tutkimuskirjallisuudessa diskursiivista näkökulmaa on hyödynnetty useilla erilaisilla analyyttisilla tavoilla (Wetherell et al. 2001). Tässä luvussa keskitymme kahteen pääperinteeseen, diskursiiviseen psykologiaan ja kriittiseen diskurssianalyysiin, jotka ovat mielestämme keskeisimpiä sosiaali- ja terveysalan vuorovaikutuksellisen johtamisen kannalta. *Diskursiivinen psykologia* painottaa vuorovaikutuksen eri osapuolten välistä dynamiikkaa, niin sanot-

tua mikro-sosiologiaa (Edwards & Potter 1992). Jotta sosiaalista dynamiikkaa voitaisiin ymmärtää prosessina, diskursiivisessa psykologiassa on keskitytty vuorovaikutustilanteiden yksityiskohtaiseen ja kerroksittaiseen analysointiin. Näkökulman ansiona voidaankin pitää erityisesti sitä, että se antaa kohdennettua tietoa vuorovaikutuksen eri osapuolten muuttuvista rooleista ja orientaatioista sekä vuorovaikutuksen sosiaalisista vaikutuksista eri osapuolille.

Yksityiskohtaisuutta voidaan pitää myös heikkoutena. Diskursiivista psykologiaa on syytetty siitä, että se keskittyy liikaa yksittäisiin vuorovaikutustilanteisiin – perustelematta johdonmukaisesti niiden laajempaa merkitystä (Wetherell 1998). Sosiaali- ja terveysalan johtamisen kannalta yksittäisten vuorovaikutustilanteiden ymmärrys ei välttämättä riitä, vaikka sitä voidaankin pitää tärkeänä, vaan johtajan on myös kyettävä tarkastelemaan vuorovaikutuksen merkitystä laajasti oman yksikkönsä ja organisaationsa näkökulmasta. Vuorovaikutuksen rakenteiden ja resurssien merkitystä tarkastellaan *kriittisessä diskurssianalyysissa* (*CDA*) tai niin kutsutussa *Foucault'laisessa kriittisessä diskurssinäkökulmassa* (Willig 2008). Tässä perinteessä vuorovaikutustilanteissa käytettävä kieli on nähty resurssina, jolla rakennetaan organisatorisia toimintakäytäntöjä ja jonka perusteella näitä käytäntöjä voidaan tunnistaa. Vuorovaikutuksen eri osapuolten mahdollisuudet vaikuttaa kielelliseen resurssiin puolestaan vaihtelevat, jolloin vuorovaikutus ilmentää erityisesti organisatorista valtaa ja toimijoiden erilaisia sosiaalisia asemia.

Tässä luvussa yhdistämme kahden diskursiivisen perinteen vahvuuksia, jonka vuoksi kutsumme esittämäämme lähestymistapaa *integroivaksi näkökulmaksi diskursiiviseen johtamiseen*. Pidämme integroivaa näkökulmaa olennaisena, jotta vuorovaikutuksen merkitys sekä tilannejohtamiselle että organisatoristen käytäntöjen muodostamiselle voidaan ottaa huomioon. Johtamisen näkökulmasta 2010-luvun julkinen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio voidaan nähdä muuttuvana, tieto- ja osaamisintensiivisenä sekä kompleksisena toimintaympäristönä (esim. Aubry ym. 2014; Mariani & Cavenago 2013; Syväjärvi ym. 2012). Tällaisessa ympäristössä inhimillisen vuorovaikutuksen dynamiikka näyttäytyy kerroksittain avautuvana epälineaarisena prosessina, mikä asettaa haasteita erityisesti ratkaisukeskeisyyttä painottavalle johta-

miselle (Pietiläinen & Salmi 2017, painossa). Haasteet voidaan nähdä myös mahdollisuutena kehittää omaa johtajaidentiteettiä. Käytännön toiminnassa kohdatut vuorovaikutustilanteet antavat mahdollisuuden vahvistaa sekä ymmärrystä haastavien tilanteiden moninaisuudesta että omista johtamiskompetensseista suhteessa näihin tilanteisiin. Diskursiivinen johtamisen integroiva näkökulma tuottaa tietoa vuorovaikutustilanteiden kerroksellisuudesta ja avaa uusia tulokulmia myös sosiaali- ja terveysalan johtamisen kehittämiseen.

Tämä luku rakentuu kahden pääteeman ympärille. Luvun ensimmäisessä, yleisessä osiossa luomme perustaa diskursiivisen johtamisen integroivalle näkökulmalle vertailemalla deskriptiivisen ja relativistisen perinteen lähtökohtia vuorovaikutuksen tarkasteluun. Havainnollistamme kahden esimerkin avulla, millaisena muuttuvien vuorovaikutustilanteiden johtamistodellisuus näyttäytyy näiden kahden perinteen näkökulmasta.

Luvun toisessa osiossa täsmennämme tarkastelumme edellistä yksityiskohtaisemmin diskursiivisen johtamisen integroivan näkökulman keskeisiin oletuksiin ja merkitykseen johtamistyön käytännön kannalta. Oletusten kuvauksen yhteydessä esittelemme samalla diskursiivisen johtamisen integroivan näkökulman keskeiset käsitteet, jotka ovat vuorovaikutuksen eri osapuolten antamien a) merkitysten vaihtelu, b) retoriset strategiat, c) positiot ja yksilölliset vaikutukset sekä d) yhteys organisatorisiin toimintakäytäntöihin ja valtaan. Kaikki edellä kuvatut käsitteet pitävät sisällään kohdennettuja oletuksia vuorovaikutuksen johtamisen luonteesta ja tavoitteista. Kolme ensimmäistä käsitettä painottuvat selkeästi diskursiivisessa psykologiassa, kun taas neljättä käsitettä voidaan pitää tunnusomaisena kriittiselle diskurssianalyysille. Oletusten perustelun jälkeen havainnollistamme esimerkin avulla, mitä oletukset tarkoittavat käytännössä eli mihin johtamisen katseen tulisi kohdistua muuttuvissa vuorovaikutustilanteissa. Toisen osion lopuksi pohdimme luotettavuutta eli sitä, millä tavalla johtaja voi varmistua, että hän kiinnittää huomionsa olennaisiin asioihin työyhteisön sosiaalisessa todellisuudessa.

Luvussa käytettävät esimerkit on koostettu neljästä vuonna 2015 toteutetusta fokusryhmäkeskustelusta. Näissä yhden sairaanhoitopiirin ylin johto ja lähiesimiehet ovat keskustelleet positiivisen johtamisen merkityksestä omassa

toimintayksikössään ja organisaatiossaan. Fokusryhmäkeskustelut ovat osa Inhimillisesti tehokas johtaminen -tutkimushanketta. Hankkeen on toteuttanut Lapin yliopisto ja sitä ovat rahoittaneet Työsuojelurahasto sekä Lapin ja Oulun sairaanhoitopiirit. Fokusryhmäkeskustelujen teeman ovat valinneet tutkimushankkeen osallistujat oman työnsä kannalta merkittävistä johtamiskysymyksistä. Fokusryhmäkeskusteluihin osallistuneet henkilöt (yhteensä 51 henkilöä, 12–14 henkilöä per ryhmä) ovat edustaneet kaikkia johtamisen tasoja, professioita ja yksiköitä (potilashotellia ja sosiaalipalveluita lukuun ottamatta) Lapin sairaanhoitopiirissä.

Lukuun valitut esimerkit eivät ole vain satunnaisia katkelmia esimiesten puheesta. Ne ovat esimerkkejä, jotka kiteyttävät olennaisia merkityksiä ja niiden perusteluja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutuksen johtamistodellisuudesta. Samalla esimerkit havainnollistavat diskursiivisen johtamisen integroivan näkökulman tapaa lähestyä ja käsitellä tätä todellisuutta. Fokusryhmäkeskustelujen asetelma, aineistonkeruu ja analysointi on kuvattu tätä lukua tarkemmin Inhimillisesti tehokas johtaminen -tutkimushankkeessa.

Luvun päättävässä osiossa pohdimme diskursiivisen johtamisen integroivaa näkökulmaa ja sen merkitystä vuorovaikutuksen johtamisen käytäntöjen ja käsitteellisen perustan muodostamiselle. Luvun loppuun kootut ydinkohdat julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon johtajille tiivistävät luvun merkityksen käytäntöön, jossa korostuvat vuorovaikutusosaaminen ja -tilanteet inhimillisenä johtamistyönä. Tavoitteenamme on vastata kysymykseen, *millä tavalla integroiva näkökulma diskursiiviseen johtamiseen haastaa ja auttaa ymmärtämään sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvia vuorovaikutustilanteita*. Esimerkkimme koskevat julkista terveydenhuoltoa, mutta luvussa kuvattu näkökulma vuorovaikutuksen johtamiseen on yhtä lailla sovellettavissa myös sosiaalialan organisaatioihin. Olemme kirjoittaneet tekstin akateemisen oppikirjan osaksi, jolloin luvulla on tarvittavaa käsitteellistä painoarvoa. Sosiaali- ja terveysalan johtajan kannalta luku ei sen vuoksi ole välttämättä yhtä helposti lähestyttävä kuin vaikkapa alan konsulttikirjallisuus. Luku vaatii asettumista asian äärelle ja hetkellistä irrottautumista arjen johtamistyöstä. Luku ei anna suoria vastauksia käytännön johtamiskysymyksiin, mutta se tarjoaa johtajalle

käsitteellisen ja toiminnallisen työkalupakin haastavien vuorovaikutustilanteiden lähestymiseen ja ymmärtämiseen.

Diskursiivisen näkökulman perusta vuorovaikutuksen johtamiselle

Kognitiivisuutta korostavaa deskriptiivistä näkökulmaa voidaan pitää hallitsevana lähestymistapana länsimaisessa vuorovaikutusta käsittelevässä johtamiskirjallisuudessa. Kognitiivinen näkökulma on keskittynyt siihen, millaisia tulkintoja ihmiset tekevät vuorovaikutustilanteiden ärsykkeistä ja millaisia vaikutuksia näillä tulkinnoilla on heidän ajatteluunsa, tuntemuksiinsa ja pyrkimyksiinsä (vrt. Syväjärvi & Stenvall 2003). Kognitiivinen näkökulma tuottaa tarpeellista perustaa ymmärtää esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan henkilöstön tiedon, osaamisen ja inhimillisen käyttäytymisen merkitystä. Lisäksi ihmisten aiempien tulkintojen – niin sanottujen skeemojen – oletetaan vaikuttavan vahvasti heidän sosiaaliseen toimintaansa (Edward 1997). Kognitiivisesta näkökulmasta vuorovaikutustodellisuus nähdään siten sosiaalisen tilanteen sekä yksilöpsykologisen prosessoinnin ja historian välisenä suhteena. Johtamisen kannalta huomio suuntautuu siihen, millä tavalla ihmisten psyykkistä prosessointia – ajattelua, tuntemuksia ja johtopäätöksiä kuvaavilla termeillä – voidaan kehittää suotuisasti. Ennen kaikkea tarkastelu on rationaalista ja tavoitteellista. Oletuksena on, että ihminen pystyy tietoista toimintaansa kehittämällä hallitsemaan psyykkistä prosessointiaan muuttuvissa vuorovaikutustilanteissa.

Kognitiivisessa tutkimuksessa on esitetty lukuisia lähestymistapoja siihen, kuinka ihmisten tietoa ja suhtautumista erilaisiin vuorovaikutustilanteisiin voidaan mitata ja arvioida (Potter & Hepburn 2007). Viimeaikainen tutkimus on nojannut erityisesti kaksisuuntaisen prosessin teoriaan (*dual process theory*) (esim. Kahneman 2003), jonka mukaan psyykkistä prosessointia kuvataan intuition (*intuition*) ja järkeilyn (*reasoning*) näkökulmista. Intuitio, joka liitetään assosiatiiviseen päättelyyn, on nopeaa ja automaattista, se sisältää tyypillisesti voimakkaita emotionaalisia ulottuvuuksia. Edelleen intuitio pe-

rustuu vahvasti opittuihin, osittain tiedostamattomiin tapoihin, jolloin päättelyn hallitseminen ja muuttaminen on hyvin vaikeata. Järkeily on puolestaan huomattavasti intuitiota hitaampaa ja vaihtelevampaa, jolloin sitä voidaan selkeästi myös ohjata tietoisilla päätöksillä. Kognitiivisessa näkökulmassa yksilöiden välillä oletetaan olevan eroja siinä, millä tavalla he käyttävät psyykkisen prosessoinnin kahta ulottuvuutta sosiaalisissa tilanteissa. Yksilöllisiä eroja voidaan selittää sekä ihmisten erilaisella sosiaalisella kokemushistorialla että persoonallisilla ominaisuuksilla. Erot aktivoituvat vuorovaikutustilanteissa ajatuksina, tuntemuksina ja johtopäätöksinä siitä, miten tilanteeseen tulisi suhtautua.

Päättelyn kannalta merkittävänä voidaan pitää tarkasteltavan ilmiön laajuuden ja sen osatekijöiden tunnistamista. Jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä, kuten sairaalaorganisaatiossa, tämä luo haasteita, sillä ilmiöiden "avaaminen" vaatii johtajalta aikaa ja resursseja. Usein ihmiset päätyvät tiedostamattaankin nopeisiin päätelmiin ja ratkaisuihin erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Monikerroksellisen sosiaalisen tilanteen avaaminen vaatii kuitenkin hidasta ajattelua nopean sijaan. Esimerkiksi ihmisten ilmeiden tai sanomisten automaattinen tulkinta aikaisempien kokemusten pohjalta edustaa nopeaa ajattelua. Nopeat ja automaattiset johtopäätökset helpottavat toimintaa sosiaalisissa tilanteissa, mutta samalla ajattelu altistuu virhetulkinnoille. On selvää, että kaikki vuorovaikutustilanteen arviointiin liittyvät virheet eivät ole vältettävissä, mutta hidas ajattelu vähentää virheellisiä tulkintoja ja mahdollistaa perustellun päätöksenteon.

Hidas ajattelu on tietoista tilanteen kohdennettua arviointia ja pohdintaa (Kahneman 2011), jossa johtajalta vaaditaan kehittyneitä taitoja omien ajattelupolkujen tiedostamiseen (Kernis 2013). Kognitiivisesta näkökulmasta tarkasteltuna johtajan tehtävänä on oppia tuntemaan omaa ajatteluaan siten, että hän voi tunnistaa nopean ja hitaan ajattelun erot ja vaikutukset päätöksiin ja vuorovaikutustilanteiden arviointiin. Ihanteellisena voidaan pitää päättelyn tasapainoa ja joustavuutta, jonka avulla voidaan varmistaa looginen päätöksenteko erilaisissa tilanteissa.

Vuorovaikutuksen johtamisen kannalta kognitiivisessa näkökulmassa olennaisena voidaan pitää yksilöllisten sosiaalisten tekijöiden tunnistamista ja hallitsemista erilaisissa tilanteissa. Yksilöllistä suhtautumista vuorovaikutustilanteisiin voidaan kuvata persoonallisina profiileina. Vastaavasti tarkastelemalla yksilöllisiä profiileja tietyn tiimin tai työyhteisön sisällä, voidaan vuorovaikutuksen johtamista tarkastella myös organisatorisena kokonaisuutena.

Diskursiivisessa perinteessä on kritisoitu sitä, että kognitiivinen näkökulma korostaa yksilöpsykologiaa ja olettaa persoonallisuuden kiinteäksi. Persoonallisuuden piirretekijöiden on nähty paitsi leimaavan ja asettavan ennakko-odotuksia ihmisten sosiaaliselle toiminnalle, myös luokittelevan tarpeettomasti sosiaalista todellisuutta ”tyypillisiin” tai ”yleisiin” käyttäytymismalleihin. Diskursiivisessa perinteessä vuorovaikutustodellisuus on nähty liian moniulotteisena, jotta sitä voitaisiin tarkastella – saati hallita – yksilöä ja sosiaalista tilannetta koskevilla muuttujilla (Potter 2012).

Tutkimuskirjallisuudessa tässä luvussa tarkasteluun valittuja diskursiivista psykologiaa ja kriittistä diskurssianalyysia on usein käsitelty erillisinä perinteinä. Erillisyyttä voidaan perustella perinteiden taustaoletusten eroavaisuuksilla, joiden merkitys vuorovaikutuksen johtamisen kannalta on esitetty taulukossa 1. Siinä, missä diskursiivista psykologiaa on kritisoitu yksittäisten vuorovaikutustilanteiden painottamisesta, voidaan kriittistä diskurssianalyysia kyseenalaistaa makronäkökulmien ylikorostamisesta, jolloin vuorovaikutuksen käytännön dynamiikka tilannejohtamisen kannalta ei välttämättä tule riittävästi huomioiduksi.

Taulukko 1. Diskursiivisen psykologian ja kriittisen diskurssianalyysin erot (mukaillen Gibbs 2015).

	Diskursiivinen psykologia	Kriittinen diskurssianalyysi
Teoria	Mikro-sosiologia (etnometodologia)	Poststrukturalismi
Painopiste	Lingvistiset käytännöt – mitä ihmiset tekevät (kuinka he toimivat) vuorovaikutustilanteissa?	Lingvistiset resurssit – mitä resursseja ihmisillä on saatavilla vuorovaikutustilanteissa? (millaisia sosiaalisia asemia heille muodostuu)
Lähestymistapa	Alkaa yksittäisen vuorovaikutustilanteen tulkinnasta (analysoinnista) ja etenee yleisemmäksi kuvaukseksi	Yksittäisiä vuorovaikutustilanteita käytetään yleisen tulkinnan (teorian) havainnollistamiseen

Diskursiivisen näkökulman ideologinen tausta voidaan sijoittaa 1900-luvun alun Pohjois-Amerikkaan, jossa Chicagon koulukuntana tunnettu liike loi perustan pragmaattiselle ja relativistiselle vuorovaikutuksen tutkimukselle (Lester 1984). Chicagon koulukunta siirsi tutkimuksellisen painopisteen yksilön sisäisestä maailmasta vuorovaikutusprosessiin. Olennaisena pidettiin sitä, millaisia yhteisiä merkityksiä, tilannemäärittelyitä ja käyttäytymisen normeja vuorovaikutustilanteissa muodostetaan (Miller 1973). Vuorovaikutuksen ei siten oletettu vain heijastavan yksilön kokemuksia tai psyykkistä prosessointia, vaan aktiivisesti luovan sosiaalista todellisuutta.

Chicagon koulukunnan tavoin myös diskursiivisen johtamisen integroivassa näkökulmassa painopiste asetetaan praktisten vuorovaikutustilanteiden dynamiikkaan. Psyykkisen prosessoinnin konseptit, kuten kognitio, havainnot ja tuntemukset, eivät siten ole ulkoapäin tai tietyllä tavalla määriteltyjä viitekehyksiä, vaan jotakin, joka rakentuu vuorovaikutustilanteissa. Seuraavassa tarkastelemme diskursiivisen näkökulman keskeisiä periaatteita vuorovaikutustilanteiden johtamisen mikro- ja makrodynamiikan näkökulmista.

Diskursiivinen mikrodynamiikka – Vuorovaikutuksen johtaminen prosessina ja toimintana

Diskursiivisessa näkökulmassa vuorovaikutuksen oletetaan olevan tilannekohtainen sosiaalinen rakennelma. Vuorovaikutuksen aikana esitetyt näkökulmat eivät siten suoraan heijasta eri osapuolten psyykkistä toimintaa tai tarkasteltavien ilmiöiden takana olevaa maailmaa, vaan merkitykset asioille muodostetaan vuorovaikutustilanteen aikana (Potter 2012). Tällöin myös deskriptiivisiltä vaikuttavat sosiaaliset avaukset, kuten ”organisaatiomme painottaa tehokkuutta” tai ”nopea palautteen antaminen työntekijälle suorituksen jälkeen on tärkeää” nähdään täynnä latautuneita merkityksiä, joita kuvatessaan puhuja joutuu perustelemaan näkökulmaansa sekä itselle että muille. Ihmiset eivät siten pelkästään kuvaile ilmiöitä, vaan väistämättä samalla myös luovat niitä aina uudella tavalla. Tämä oletus suuntaa johtamisen painopisteen prosessiin, siihen, miten tarkasteltavat ilmiöt tehdään näkyviksi, kun niitä koskevia näkökulmia perustellaan ja koetellaan suhteessa ympäröivään sosiaaliseen todellisuuteen.

Diskursiivisessa näkökulmassa ei etukäteen aseteta oletuksia vuorovaikutuksen kohteena olevista ilmiöistä tai siitä, millä tavalla vuorovaikutus ja asennoituminen siihen ilmentävät ihmisten psyykkisiä prosesseja. Tämä on olennaista arjen johtamisen kannalta. Johtajan tulisi käyttää aikaa vuorovaikutustilanteita koskevien ennakkokäsitystensä tunnistamiseen. Diskursiivisessa näkökulmassa olennaisten kysymysten oletetaan nousevan sosiaalisesta tilanteesta, mikäli huomio osataan kiinnittää prosessin kannalta keskeiseen dynamiikkaan. Johtamistoiminnassa voidaan tarkastella, millä tavalla sosiaalisessa tilanteessa tarkasteltavia ilmiötä koskevat tulkinnat rakennetaan ja esitetään siten, että ne vaikuttavat vuorovaikutuksen toisten osapuolten mielestä uskottavilta (Potter 2012). Jos johtaja esimerkiksi onnistuu perustelemaan yt-menettelyn välttämättömyyden työntekijöille siten, että menettelyä ei vastusteta, voidaan johtajan olettaa onnistuneen argumentoinnissaan. Samalla vuorovaikutusprosessissa ”yt-menettelyn välttämättömyyden” argumentilla

on onnistuttu syrjäyttämään vaihtoehtoiset perustelut organisaation tilanteeseen.

Prosessin korostamisen ohella diskursiivisessa näkökulmassa vuorovaikutus nähdään sosiaalista todellisuutta *luovina* tekoina. Oletuksena on, että vuorovaikutuksessa ei ole mahdollista pysyä neutraalissa tai objektiivisessa roolissa, vaan kantaa ottava osallistuminen on välttämätöntä. Osallistuminen voi tapahtua verbaalisesti erilaisina puheakteina. Johtamisen kannalta tällaista osallistumista voidaan pitää tavoiteltavana, sillä verbaalinen puhe on näkyvää; jotakin, jota voidaan konkreettisesti johtaa. Diskursiivinen näkökulma kuitenkin olettaa, että vuorovaikutustoiminta on tekoja, jotka eivät suoraan heijasta eri osapuolten mielentiloja. Tällöin vuorovaikutus nähdään tekoina, jotka kytkeytyvät moniulotteisesti organisaation ja sen jäsenten toimintakäytäntöihin ja historiaan. Jotta nämä epäsuorat vuorovaikutusteot voisivat tulla näkyviksi, diskursiivisessa näkökulmassa huomio kiinnitetään välittömän lauseyhteyden sijasta vuorovaikutuksen laajaan kontekstiin. (Potter 2012.)

Esimerkin 1 avulla havainnollistamme, miten erilaisen tulkinnan johtaja voi tehdä, mikäli hän lähestyy vuorovaikutustilannetta prosessuaalisena toimintana deskriptiivisen tarkastelun sijasta.

Esimerkki 1. ”*Jos jossakin menee väärin, tai tulee virhe*” – deskriptiivinen ja diskursiivinen tulkinta työtä koskevien virheiden käsittelyyn

101 (Pekka) – Siis toisaaltahan yks semmonen, jos esimiehen roolia sitten miettii, niin mikä
102 pitäs aina tähän positiiviseen asennoitumiseen liittyen [ottaa mukaan] (.) Että jos jossain
103 onnistutaan, niin se on aina porukan ansiota ja työntekijät on onnistunut.
104 (Jaana) – Niin on, joo.
105 (Olli) – Jos jossakin menee väärin, tai tulee virhe, niin se on aina esimiehen syy.
106 (Pirjo) – Ei se oo helppoa, mutta tuota…
107 (Juha) – Ei.
108 (Jaana) – Teoriassa se pitäs [olla esimiehen syy / helppoa?].
109 (Pekka) – Kirjoissa sanotaan näin.

Merkkien selitykset: rivinumerot = ilmentävät ajallista kohtaa, jossa katkelma on alun perin esiintynyt julkisen terveydenhuollon johtajien fokusryhmäkeskustelussa, nimet = johtajien nimet muutettu alkuperäisestä, [ ] = ilmentävät tutkijoiden lisäystä/tulkintaa, (.) = lyhyt tauko puheessa.

Jos johtaja lähestyy vuorovaikutustodellisuutta kuvailevasti, hän voi tehdä esimerkistä 1 seuraavia päätelmiä:

- työsuorituksissa onnistumiset tulisi kohdistaa työntekijöiden ansioksi
- esimiehen tulisi kantaa päävastuu työyhteisössä tapahtuvista mahdollisista virheistä, vaikka vastuun kantaminen ei olisi helppoa
- esimiehen vastuun kantamisen tärkeys voidaan vahvistaa myös johtamiskirjallisuudella

Mikäli vuorovaikutustodellisuutta lähestytään toimintana, tulkinta ei ole näin yksiselitteinen. Toiminnallisessa lähtökohdassa oletetaan, että vuorovaikutuksen eri osapuolten kuvailut ilmentävät vain epäsuorasti – tai välillä eivät lainkaan – heidän kokemuksiaan tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä (Austin 1962). Kuvailevia – tai kuvailevilta näyttäviä – sisältöjä käytetään siten lähtökohtana ja testialustana sille, mitä vuorovaikutustoimintoja ne mahdollisesti ilmentävät (Potter & Wetherell 1987).

Esimerkissä 1 erityisen kiinnostavana voidaan pitää tapahtumia rivillä 106. Jos kysymys olisi vain kuvailevasta asiasta (esimiehen vastuun kantaminen ei ole helppoa), muut esimiehet olisivat voineet vain todeta asian. Toteamisen sijaan keskustelu saa kuitenkin uuden käänteen. Aluksi toinen esimies (Juha) vahvistaa Pirjon näkökulman siitä, että vastuun kantaminen ei ole helppoa, jolloin muut esimiehet ajautuvat puolustuskannalle. He etsivät tukea ja luotettavuutta alkuperäiselle kuvaukselleen johtamisen teoriasta ja kirjallisuudesta. Näin ilmiön ”neutraali kuvaus” on muuttunut retorisesti argumentoivaksi toiminnaksi. Pekka ja Jaana yrittävät osoittaa (rivit 108–109), että kysymys ei ole heidän mielipiteestään, vaan johtamiskirjallisuudessa todennetusta asiasta. Keskustelussa on siten orastavaa jännitettä ja vastakkainasettelua, vaikka niitä ei sanallisesti tuoda julki.

Rivit 108–109 ovat esimerkkejä *faktuaalisesta puheesta*, jolla yritetään vakuuttaa vuorovaikutuksen muut osapuolet oman näkökulman luotettavuudesta ja asianmukaisuudesta. Jotta vakuuttavuudessa voitaisiin onnistua, puhujalla on ratkaistavanaan kaksi ongelmaa: osallisuus ja riippumattomuus suhteessa käsiteltävään asiaan. Näiden ongelmien ratkaisemista kutsutaan

diskursiivisessa näkökulmassa osallisuuden johtamiseksi (*stake management*) (Potter 1996b).

Osallisuuden johtamisen onnistumiseen vaikuttaa erityisesti kolme tekijää. Ensiksi puhujan on kyettävä vakuuttamaan muut siitä, että hän ei puheenvuorollaan pyri edistämään henkilökohtaisia päämääriään, vaan puhuu asioista puolueettomasti tai yhteisen hyvän puolesta. Tällaista ”vastuuvapauslauseketta” voidaan lähtökohtaisesti etsiä vetoamalla mihin tahansa ulkopuoliseen näkökohtaan. Riveillä 108–109 etäisyyttä henkilökohtaiseen näkökulmaan haetaan johtamisalan kirjallisuudesta. Toiseksi perustelujen yksityiskohtaisuudella voidaan vaikuttaa näkökulman uskottavuuteen. Perusteluja voidaan pitää rivien 108–109 argumentin heikkoutena, sillä puhujat viittaavat varsin suurpiirteisesti johtamiskirjallisuuteen. Kolmanneksi oman näkökulman kanssa samansuuntaisia argumentteja voidaan käyttää vahvistavana todisteena. Tästä näkökulmasta Pekka on alkuperäisessä argumentissaan vahvoilla (rivit 101–103), sillä kaksi muutakin esimiestä tukevat hänen näkökulmaansa. Toisaalta myös Pirjo on saanut näkökulmalleen vahvistusta (rivi 107), mikä voi lisätä hänen uskottavuuttaan ja vaikuttaa siihen, että alkuperäistä argumenttia on ylipäänsä jouduttu perustelemaan tarkemmin.

Esimerkinä esitetystä lyhyestä katkelmasta ei luonnollisesti voida vielä tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Se kuitenkin osoittaa, kuinka vuorovaikutuksen lähestyminen prosessuaalisena toimintana paljastaa sosiaalisten tilanteiden ja johtamistodellisuuden kompleksisuutta. Tällöin orastavat jännitteet ja näkyvät ristiriidat eivät ole vältettäviä asioita, vaan luonnollista seurausta esiin nousevien erilaisten näkökulmien kohtaamisesta. Ihmiset joutuvat väistämättä koettelemaan näitä näkökulmia samalla, kun pyrkivät yhdessä rakentamaan sosiaalista todellisuutta. Jos sosiaali- ja terveysalan johtaja hyväksyy vuorovaikutuksessa esitetyt näkökulmat deskriptiivisinä kuvauksina tehden päätelmiä sen perusteella, mitä mieltä suurin osa vuorovaikutuksen osapuolista ilmaisee olevansa asioista, hän ei tavoita tätä kompleksisuuden dynamiikkaa. Esimerkkinä käytetty katkelma ei vielä paljasta, mitkä Pirjon motiivit esittämässään kommentissa ovat. Vasta keskustelun myöhemmät vaiheet tuovat esille erilaisia näkökulmia siitä, millaisia epäkohtia Pirjo ja muut

esimiehet ovat kohdanneet työntekijöiden ja esimiesten vastuun käytössä tarkastelun kohteena olevassa sairaalaorganisaatiossa. Vasta *organisatorisen kontekstin* avautuminen tarjoaa logiikan ja selityksen vuorovaikutustoiminnoille.

Diskursiivinen makrodynamiikka – Vuorovaikutuksen johtamisen organisatorinen konteksti

Kontekstisidonnaisuutta ei juuri painoteta johtamiskirjallisuuden valtavirrassa, joka lähestyy vuorovaikutusta leadership-metriikan näkökulmasta. Vuorovaikutusta selkeimmin korostavat lähestymistavat, kuten transformatiivinen (*transformational*, Bass & Riggio 2006), palveleva (*servant*, Liden et al. 2008) tai autenttinen (*authentic*, Walumbwa et al. 2008) johtaminen korostavat luotettavimpina pidetyissä tutkimuksellisessa sovelluksissaan numeerisesti skaalautuvia mittareita. Tällainen lähestymistapa rakentaa oletuksen, että vuorovaikutusta voitaisiin hallita ja johtaa jonkin tietyn määritelmän tai viitekehyksen mukaisesti. Diskursiivisesta näkökulmasta tarkasteltuna leadership-metriikka edustaa hegemonista johtamispuhetta; se on puhetta, jolla tavoitellaan valta-asemaa tietyn ilmiön oikeanlaiseen tulkintaan. Diskursiivisesta näkökulmasta johtamista ei voida määritellä vain tietyllä tavalla, koska johtamistodellisuuden oletetaan rakentuvan vuorovaikutustilanteissa. Nämä tilanteet ovat puolestaan erottamattomasti sidoksissa siihen organisatoriseen ympäristöön, jossa vuorovaikutus tapahtuu. Sosiaalisten tilanteiden johtamista on siten pidettävä vahvasti kontekstisidonnaisena ilmiönä.

Vuorovaikutuksen johtamisen kontekstisidonnaisuutta voidaan tarkastella diskursiivisesti kolmesta eri näkökulmasta (Potter 2012). Ensiksikin kontekstisidonnaisuus ilmenee *perättäisinä toimintoina* (*sequential actions*). Vuorovaikutuksen konteksti määrittää, millaisia puheenvuoroja käytetään ja mitä niistä seuraa. Esimerkiksi henkilöstöpalaverissa johtaja voi ilmoittaa, että kymmenen prosenttia työntekijöistä on irtisanottava. Ulkoapäin tarkasteltuna voi äkkiseltään vaikuttaa yllättävältä, jos kukaan työntekijöistä ei vastusta irtisanomisia. Voi kuitenkin olla, että irtisanomisista on neuvoteltu jo aiemmin ja tällöin kysymys on ollut tätä paljon mittavammista irtisanomisista. Voi

myös olla, että irtisanomiset kohdistuvat yksikköön, jonka toimintaa muut työntekijät ovat paheksuneet. Työntekijät voivat olla myös jatkuvien yt-puheiden puristuksissa henkisesti niin väsyneitä, etteivät he enää jaksa vastustaa irtisanomisia ja puolustaa omia oikeuksiaan. Kysymys voi olla myös kaikista edellä mainituista asioista. Tällaisen piilevän organisatorisen kontekstin ja logiikan näkyväksi tekemistä on pidetty yhtenä diskursiivisen näkökulman päätehtävistä.

Toiseksi vuorovaikutustoimintojen kontekstisidonnaisuus ilmenee *institutionaalisesti*. Organisaatioiden oletetaan pitävän sisällään erilaisia identiteettejä, jotka ovat tarkoituksenmukaisia tietyissä sosiaalisissa tilanteissa ja jotka työyhteisön jäsenet tunnistavat intuitiivisesti (Heritage & Clayman 2010). Nämä identiteetit ovat puolestaan sidoksissa siihen, millaista sosiaalista todellisuutta päivittäisissä vuorovaikutustilanteissa luodaan. Esimerkiksi edellä kuvattu yt-menettelyä koskeva tilanne voi pitää sisällään "sairaan" tai "tehottoman" organisaation identiteetin, jota pyritään "hoitamaan" irtisanomisilla.

Kolmanneksi kontekstisidonnaisuus ilmenee *retorisesti*. Retoristen suhteiden oletetaan ilmenevän vuorovaikutuksessa, vaikka siitä puuttuisi sanallisesti esitetty argumentti (Billig 1996). Retoriikka tulee näkyviin siinä, millä tavalla asiat ja niiden mahdolliset vaihtoehdot kuvataan. Yt-menettelyä koskevassa esimerkissä irtisanomiset voidaan nähdä ainoana vaihtoehtona "tehottomuuden hoitamiseen". Tällainen näkökulman ehdottomuus ja vaihtoehdottomuus nähdään diskursiivisessa näkökulmassa hallitsevana merkityksenä (*dominant meaning*), objektiiviseksi tehtynä totuutena, jota ei ole tarpeen aktiivisesti haastaa ja jolle ei tarvitse etsiä vaihtoehtoja. Laajasti tulkittuna mikä tahansa tarkasteltavaa ilmiötä koskeva näkökulma voi saada hallitsevan merkityksen, jos muut vuorovaikutuksen osapuolet tukevat riittävän laajasti esitettyä näkökulmaa tai se tulee toistuvasti näkyviin organisaation toimintakäytännöissä.

Johtamisen kannalta hallitsevien merkitysten tunnistamisen ohella vähintään yhtä tärkeänä voidaan pitää suhtautumista niille vastakkaisiin, alisteisiin merkityksiin (*resistant meanings*), jotka tulevat usein näkyviin poikkeuksina organisatorisessa puheessa. Diskursiivisesta näkökulmasta hallitsevalle puheelle vastakkaiset näkökulmat tarjoavat mahdollisuuden testata ja koetella

organisaatiokulttuurin ja sitä ilmentävän puheen tarkoituksenmukaisuutta (Potter 1996b). Oletuksena on, että organisatorisen puheen yhdenmukaisuus ei aina ole tavoiteltavaa eikä "kompromissi" välttämättä tarkoita yhteisymmärrystä asioista. Mikäli organisatorisesta puheesta puuttuu sosiaaliselle vuorovaikutukselle luonteenomaiset merkitysten vaihtelut, puhe voi yhteisymmärrykseltä näyttävän kokonaisuuden sijasta ilmentää jotain muuta, kuten piilossa olevia ryhmäilmiöitä tai joidenkin osapuolten määräävää asemaa toisiin nähden.

Diskursiivisessa näkökulmassa hallitsevien ja alisteisten merkitysten välinen suhde kytkeytyy erityisesti valtaan. Tästä näkökulmasta vuorovaikutus nähdään sosiaalisena resurssina, johon pääsy vaihtelee organisaation toimijoiden välillä. Vuorovaikutustilanteet myös asettavat ihmisiä erilaisiin sosiaalisiin asemiin – positioihin – suhteessa toisiinsa ja vuorovaikutuksessa tarkasteltaviin asioihin. (Mumby 2004.) Sosiaalisten tilanteiden tarkastelu resurssina todentaa siten samalla sekä vuorovaikutustodellisuuden mahdollisuudet että rajat eri toimijoiden ja organisatoristen käytäntöjen näkökulmasta.

Havainnollistamme vuorovaikutuksen kontekstisidonnaisuutta esimerkissä 2, jossa keskustelu on jatkunut esimerkissä 1 kuvatusta tilanteesta. Esimerkissä 2 vuorovaikutuksen organisatorinen konteksti alkaa vähitellen paljastua kerroksittain, jolloin esimerkissä 1 kuvaillut "virheet" alkavat saamaan useita merkityksiä. Varsinaisia virheitä olennaisemmaksi asiaksi näyttää muodostuvan oikeanlainen "käyttäytyminen" tai "asenne" erilaisissa vuorovaikutustilanteissa.

Yleisellä tasolla esimerkki 2 todentaa vuorovaikutuksen dynamiikan muutoksen. Osallisuuden johtaminen (*stake management*) on huomattavasti väljempää ensimmäiseen esimerkkiin verrattuna. Vuorovaikutuksen osapuolet uskaltavat ottaa enemmän riskejä nostamalla esille konkreettisia esimerkkejä (rivit 359–362) ja omakohtaisia kokemuksia (rivit 373–379) vuorovaikutuksen johtamisen ongelmista, mikä tekee vähitellen näkyväksi organisatorisia menettelytapoja ja kontekstia. Diskursiivisesta näkökulmasta tällainen käänne vuorovaikutuksen dynamiikassa on mahdollista vain, jos hallitseville merkityksille vastakkaisille näkökulmille on riittävästi tilaa ja niitä käsitellään

Esimerkki 2. "*Nimenomaan kyseessä onkin usein näitä asenteita*" – virheistä ja palautteesta keskustelun organisatorinen konteksti

(Pirjo) – Siis kyllähän itsenäisiä ihmisiähän kaikki [työntekijät ja johtajat] on (.) että kyllä [ne] tietää, miten pitäisi käyttäytyä, ei se siitä oo kiinni.

(Jaana) – Aivan.

(Pirjo) – Mutta se, et se [niinkun] lähtee [tuota] (.) joskus on tämmösiä sähköpostiketjuja, mitkä lähtee liikkeelle (.) et siinä vaiheessa, kun sanotaan nyt esimerkkinä yksi ylilääkäri haukkuu toista vellihousuksi, niin siinä kohtaa pitää viheltää peli poikki (.) että sori vaan, että nyt tää keskustelu ei jatku tästä enää yhtään.

(Pekka) – Kyllä, tuo [tilanne] onkin hankala, kun [se] ei ole mikään [virhe], vaan asenne puolen juttuja (.) niin se on.

(Pirjo) – Nimenomaan kyseessä onkin usein näitä asenteita.

(Pekka) – Siellä on jotakin takana.

(Pirjo) – Joo.

(Timo) – Tuota tämmösiä mielteitä, jotka sitten vaikuttaa koko ajan siihen [muun muassa], että miten suhtaudutaan toiseen esimerkiksi viestinnässä.

(Pirjo) – Ja siis kysehän on tavallaan siitä, että jokainen on omista lähtökohdistaan oikeassa (.) mutta sitten, kun on kuunnellut ne [erilaiset] näkemykset, ja kun törmää sitten siihen [asenteeseen], niin sitten siinä ollaan ongelmissa.

(Timo) – Mä oon ratkaissu noita tommosia [tilanteita sillä tavalla], et jos mulla on jotain palautetta, mitä mun pitää [antaa], tai asia, jota mun pitää joltain toiselta kysyy (.) sieltä saattaa tulla asiaton palaute tai kommentti takaisin (.) niin sitten mää oon ratkaissut sen niin, että mä oon pistäny sen aina saman tien sähköpostijakeluun omalle esimiehelleni (.) ja myös tämän kyseisen henkilön esimiehelle (.) niin että hän [esimies] näkee tavallaan heti alusta alkaen, että nyt tää ei oo semmonen [asia], [että voi] laittaa meille takaisin, vaan että tämä asia on viety huomioon sitten vähän korkeammalle tasolle.

kunnioittavasti. Esimerkin 2 mukaista puhetta voidaan siten pitää johtamisen kannalta tavoiteltavana vuorovaikutuksena.

Yksityiskohtaisemmin tarkasteltuna esimerkki 2 valottaa, että virheiden tunnustaminen tai palautteen suora käsittely ei välttämättä ole tunnusomaista sairaalaorganisaation johtamiselle, vaikka esimerkissä 1 korostettiin aluksi johtajan vastuuta virheistä. Palautteen antaminen tai pyytäminen voi asian käsittelyn sijasta johtaa toista osapuolta halventavien sähköpostiketjujen lähettelyyn, syyttelyyn (rivit 359–362) tai "asiattomiin" kommentteihin (rivit 374–375). Institutionaalisesti esimerkki 2 maalaa kuvaa virheettömyyteen pyrkivästä sekä yksittäisten asiantuntijoiden ja johtajien autonomiaa vaalivas-

ta organisaatiokulttuurista, jolle vastakkaisena voidaan pitää ammatilliset ja hierarkkiset rajat ylittävää, virheistä keskustelevaa kulttuuria. Tämä vastakkaisuus tulee vuorovaikutuksen osapuolten puheessa näkyviin ”vääränlaisena asenteena” palautetta ja virheistä keskustelua kohtaan.

Tähän mennessä luvussa esitellyt esimerkit ovat olleet varsin yleisluontoisia. Vaikka ne ovat ilmentäneet julkisen terveydenhuollon vuorovaikutuksen johtamistodellisuutta, esimerkkien pääasiallisena tarkoituksena on ollut johdattaa lukijaa diskursiivisen johtamisen integroivan näkökulman logiikkaan. Seuraavassa luvussa tarkastelemme kohdennettuina vaiheina, mihin johtamisen katseen tulisi kiinnittyä muuttuvissa vuorovaikutustilanteissa. Esitämme aluksi vaiheisiin liittyvät taustaoletukset ja tarkastelemme sen jälkeen käytännön esimerkin avulla, millä tavalla johtaja voi ottaa nämä oletukset huomioon muuttuvissa vuorovaikutustilanteissa.

Teoria ja käytäntö – Mihin johtamisen katse tulisi kohdistaa muuttuvissa vuorovaikutustilanteissa?

Mitä keskustelussa tapahtuu? – erilaisten merkitysten variaatio (*oletus 1*): Johtamisen näkökulmasta ensimmäinen tehtävä on tunnistaa, mitä keskustelussa tapahtuu. Toisin sanoen, mitkä ovat tarkasteltavaan ilmiöön (tämän luvun esimerkeissä positiivinen johtaminen) liittyvät erilaiset merkitykset ja niiden väliset suhteet. Oletuksena on, että ihmisillä on hyvin erilaisia, päällekkäisiä ja mahdollisesti myös ristiriitaisia näkökulmia siitä, mitä positiivinen johtaminen on. Jotkut johtajat voivat esimerkiksi korostaa virtuositeettia ja poikkeuksellisten suoritusten merkitystä organisaation tulokseen, kun taas toiset johtajat voivat nähdä positiivisuuden vähemmän äärimmäisenä ilmiönä, kuten esimerkiksi rehellisyytenä tai toisten arvostamisena. Edelleen oletuksena on, että ihmiset testaavat, muokkaavat ja rakentavat näitä erilaisia merkityksiä vuorovaikutustilanteen aikana. (Edwards & Potter 1992.) Merkitysten tunnistamisessa ei pyritä etsimään “tyypillistä” näkökulmaa tai asiaa, josta ollaan ”suunnilleen yksimielisiä” tai jonka “suurin osa kokee samalla tavalla”. Tarkoituksena ei siten ole löytää yhteisymmärrystä positiivisesta johtamisesta,

vaan ottaa kaikki ilmiötä koskevat merkitykset huomioon sellaisena, kuin ne ilmaistaan, jotta merkitysten välisiä suhteita ja kontekstia voidaan tarkastella. Johtamisen dynamiikka rakentuu hallitsevien, alisteisten ja niitä tukevien tai laajentavien merkitysten ympärille.

Retoriset strategiat – merkitysten perustelut (*oletus 2*): Toiseksi oletuksena on, että kukaan vuorovaikutuksen osapuolista ei voi pysyä neutraalina tai puolueettomana suhteessa toisiinsa ja tarkasteltavaan ilmiöön. Tästä näkökulmasta ei ole mahdollista, että "asioista vain keskustellaan" tai "pidetään asiat asioina". Jokainen puheenvuoro ja nonverbaali ele – kuten myös puhumattomuus – on kannanotto, joka vaikuttaa siihen, millä tavalla tarkasteltava ilmiö rakentuu vuorovaikutuksessa. Neutraalittomuus puolestaan johtaa siihen, että ihmiset joutuvat perustelemaan erilaisia merkityksiä, joita he antavat tarkastelun kohteena olevalle ilmiölle. Näitä perusteluyrityksiä voidaan tarkastella retorisina strategioina, ihmisten erilaisena kykynä tehdä oma näkökulmansa uskottavaksi toisille (Edwards & Potter 1992). Esimerkkinä käytetty termi "virtuositeetti" voi konkretisoitua johtajien puheessa hyvin eri tavoin. Jos johtaja näkee virtuositeetin työntekijän ilmiömäisenä kykynä vaikuttaa organisaation tuloksellisuuteen, hän voi joutua perustelemaan, mikä on tämän tuloksellisuuden hinta esimerkiksi työntekijän kollegasuhteisiin, hyvinvointiin tai perhe-elämään. Vastaavasti johtaja voi pitää virtuositeettia myös kykynä vaikuttaa organisatoriseen ilmapiiriin ja työntekijöiden välisiin suhteisiin myönteisesti. Tällöin hän voi joutua perustelemaan, kuinka paljon sosiaaliseen toimintaan voidaan käyttää aikaa ja muita resursseja, jotta virtuositeetti olisi hyväksyttävää myös taloudellisesta näkökulmasta.

Positiot – perustelujen subjektiiviset vaikutukset (*oletus 3*): Kolmanneksi retoriset strategiat tuovat mukanaan erilaisia sosiaalisia asemia vuorovaikutuksen osapuolille (Davies & Harré 1990). Virtuositeetti-termin perusteluissa nämä subjektipositiot voivat tulla näkyviin esimerkiksi heikkoina suorittajina tai huippusuorittajina tai vastaavasti johtajina, jotka kykenevät tai eivät kykene vaalimaan poikkeuksellisen laadukkaita työsuorituksia. Edelleen diskursiivisesta näkökulmasta tarkasteltuna subjektipositioilla on yksilöllisiä vaikutuksia vuorovaikutuksen osapuoliin (Georgaca & Avdi 2012). Virtuositeetti-termin

käyttäminen voi esimerkiksi johtaa siihen, että jotkut työntekijät masentuvat ja kokevat itsensä organisaatiossa "ylimääräiseksi painolastiksi", kun taas joillekin työntekijöille poikkeuksellisuuden vaatimus voi toimia motivoivana virikkeenä oman kyvykkyyden äärirajojen etsimiseen.

Valta ja resistanssi – perustelujen vaikutukset organisaation toimintakäytäntöihin (*oletus 4*): Neljänneksi perustelut eivät heijasta ainoastaan sosiaalista tilannetta, vaikka ne rakentuvat vuorovaikutuksessa. Diskurssin kontekstin avautuminen paljastaa, millä tavalla ja kuinka laajasti vuorovaikutus ilmentää organisatorisia toimintakäytäntöjä. Kun keskustelun kohteena olevat ilmiöt saavat työyhteisössä tietynlaisen määritelmän, ne saavuttavat hallitsevan aseman. Termit muuttuvat objektivoiduiksi, yleisiksi totuuksiksi (Mumby 2004). Hallitsevat termit ovat siten väistämättä yhteydessä organisatoriseen valtaan. Jos havainnollistettua virtuositeetti-termiä käytetään laajasti tai yhdenmukaisella tavalla, se on saavuttanut organisaatiossa hallitsevan aseman. Hallitsevat termit voivat ilmetä myös tietyn ammattiryhmän yksinoikeutena, mikä rajaa muut ammattiryhmät tämän termistön ulkopuolelle. Diskursiivisesta näkökulmasta myös alisteiset merkitykset ovat välttämättömiä, sillä niiden avulla voidaan testata hallitsevien merkitysten asianmukaisuutta ja luotettavuutta. Tämän vuoksi alisteisten ilmaisujen olemassaolon tunnistaminen ja kunnioittava suhtautuminen niihin (Potter 1996) on olennainen osa johtajan tehtävää.

Seuraavassa esimerkissä tarkastelemme vaiheittain (esimerkki 3), millä tavalla edellä kuvatut diskursiiviset tasot ja niiden mukaiset oletukset voidaan huomioida vuorovaikutuksen johtamistoiminnassa. Esimerkki ilmentää positiivisen johtamisen haastetta asiakaspalvelun ja työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen jännitteenä.

Esimerkki 3. ”*Espressokeittimet pauhaa siellä*” – Myönteisen asiakaspalvelun ja työntekijöiden keskinäisen vuorovaikutuksen välinen jännite

62 (Jaana) – On semmostaki ristiriitaa paljon, että vaikka niiltä potilailta saa palautetta, mikä
63 pääsääntösin on yleensä tosi hyvää (.) ja potilaat on tyytyväisiä siihen saamaansa hoitoon
64 (.) mutta sitten saattaa kuitenki olla, että työyhteisö samalla, kun se tekee hyvää hoitotyötä,
65 saattaa kokea [itsensä] hyvin pahoinvoivaksi (.) se on minusta aika erikoista.
66 (Pekka) – Niitten [työntekijöiden] keskinäiset välit ei siinä toimi (.) mutta siinä
67 asiakaspinnassa se toimii se työ ja se asiakkaan kohtaaminen (.) mutta se vuorovaikutus
68 siellä [työntekijöiden keskuudessa] ei sitten ole sujuvaa.
69 (Juha) – Voiko se olla niin, että jos se työyhteisö ei toimi, [että] se asiakas saa hyvää laatua
70 (.) minä olisin kyllä vähän sitä mieltä, että [ei voi] (.) silloin kun työyhteisö ei toimi ja siellä
71 voidaan pahoin [–] ei kulje tieto, ei luoteta, [niin siitä seuraa] paljon konkreettisia juttuja,
72 jotka häiritsee sitä lopputulemaa (.) voi olla, että se asiakkaan saama palvelu ei näy
73 keskussairaalassa (.) mutta voi olla, että se näkyy jatkohoito-ongelmina vaikka terkkarissa
74 (.) [asiakkaan] ohjaus on jäänyt tekemättä, reseptit kirjottamatta, mitä kaikkea siihen
75 tavallaan voi liittyä.
76 (Pirjo) – Ja kyllähän sitä ammattilaiset hoitais sen työn (.) että ”jes”, me tehään tätä yhessä
77 (.) voi olla sitä semmosta, että nyt tässä ollaan, kun on pakko [tehdä] ja näin (.) ja asiat voi
78 hoitua ihan hyvin, ei tule välttämättä virheitä, muttei se sitten välttämättä ole semmosta,
79 että ihana mennä töihin (.) menen sinne [töihin], kun on pakko.
80 (Juha) – voihan se olla, että onko se aina se, että jos työyhteisö voi aivan älyttömän hyvin,
81 et jes, mahtavaa (.) niin onko se sen tae, että ei tule virheitä (.) eihän se ole sen tae, ei se ole
82 yhtä.
83 (Olli) – Ne [työntekijät] viihtyy siellä ja niillä on kivaa keskenään.
84 (Maija) – Espressokeittimet pauhaa siellä.
85 (Timo) – Kauniita verhoja suunnitellaan ja mattoja (.) ja sisustetaan [naurua] (.)

Jotta johtaja voisi ymmärtää edellä tarkasteltavan ilmiön – asiakaspalvelun ja työntekijöiden keskinäisen vuorovaikutuksen – luonteen, tehtävänä on aluksi erotella erilaiset ilmiötä kuvaavat merkitykset. Esimerkkikatkelmassa ensimmäinen ehdotus merkitykseksi on, että laadukas asiakaspalvelu ja hoitotyö vievät työntekijöiltä suurimman osan energiasta ja heikentävät työntekijöiden välistä vuorovaikutusta (rivit 62–65). Tämä ehdotus merkitykseksi saa myös kannatusta (rivit 66–68). Näkökulma kuitenkin haastetaan, sillä toisena merkityksenä esitetään näkemys, jonka mukaan työntekijöiden väliset vuorovaikutusongelmat näkyvät väistämättä myös asiakaspalvelun heikentyneinä työsuorituksina (rivit 69–75). Tämä merkitys jää kuitenkin alisteiseen asemaan,

sillä se torjutaan esittämällä väite, että ammattilaiset pystyvät hoitamaan työnsä virheettömästi, vaikka se ei olisi mielekästä (rivit 76–79). Lopulta päädytään siihen, että hyvinvoiva työyhteisö ei välttämättä edes ole laadukkaan asiakaspalvelun kannalta tavoiteltava asia (rivit 80–85). Näin varsin lyhyessä katkelmassa on esitetty neljä erilaista merkitystä, joita johtajan tulisi tarkastella yksityiskohtaisemmin, jotta asiakaspalvelun ja työntekijöiden väliseen vuorovaikutuksen jännitteeseen voitaisiin tarttua.

> Merkitys 1: laadukas asiakaspalvelu vie työntekijöiden energian ja heikentää työntekijöiden välistä vuorovaikutusta
>
> Merkitys 2: työntekijöiden vuorovaikutusongelmat näkyvät heikentyneenä asiakaspalveluna
>
> Merkitys 3: ammattilaiset hoitavat työnsä virheettömästi, vaikka se ei olisi mielekästä
>
> Merkitys 4: hyvinvoiva työyhteisö ei ole laadukkaan asiakaspalvelun tae

Mitä johtajan pitäisi tehdä esiin nousseille merkityksille? Yleisellä tasolla olennaisena voidaan pitää sitä, että *erilaisia* merkityksiä on ylipäänsä esitetty. Yhtäältä tämä kertoo monitulkintaisuudesta, joka muodostaa tärkeän osan työyhteisön vuorovaikutuksesta ja kokemusmaailmasta (vrt. Weick 2001). Ihmiset antavat asioille, kuten johtamiselle, useita erilaisia merkityksiä riippuen henkilöiden taustoista, aiemmista kokemuksista ja asiayhteydestä. Toisaalta erilaisten merkitysten esittäminen kertoo avoimesta ja luottamuksellisesta vuorovaikutuskulttuurista. Merkittävänä voidaan siten pitää sitä, että vuorovaikutuksen osapuolet suhtautuvat erilaisiin merkityksiin kunnioittavasti, vaikka eivät välttämättä olisi kaikesta samaa mieltä. Tämä mahdollistaa organisaation toimintakäytäntöjen kriittisen tarkastelun ja ehkäisee kaavamaisten rutiinien muodostumista.

Merkityksiä koskevana lähtökohtana on, että mikään esitetyistä näkökulmista ei ole toista *oikeampi* tai *todempi*. Ne ovat erilaisia versioita samasta ilmiöstä ja tapahtumasta. Näin ollen johtamistyössä ei ole perusteltua vielä ratkaista keskustelun kohteena olevaa ilmiötä erilaisten merkitysten tunnistamisen perusteella. Tarvitaan lisää tietoa merkitysten taustasta, oikeutuksesta ja mahdollisista vaikutuksista.

Seuraavana johtamistehtävänä onkin kiinnittää huomio merkitysten perusteluihin. Ensimmäistä ja kolmatta merkitystä perustellaan erityisesti työntekijöiden hyvinvoinnin tärkeyden näkökulmasta. Ensimmäisessä näkökulmassa laadukas asiakaspalvelu nähdään uhkana henkilöstön hyvinvoinnille. Kolmannessa näkökulmassa työntekijöiden hyvinvointia pidetään tavoittelemisen arvoisena asiana, vaikka asiakaspalvelu hoituisikin laadukkaasti. Toista merkitystä perustellaan työn kokonaisprosessin ja seurausten näkökulmasta. Näkökulma edustaa samalla vastuullisuutta, koska siinä pidetään vuorovaikutuksen ongelmien kasautumista uhkana kolmansille osapuolille (tässä terveyskeskus). Neljäs merkitys on työn tehokkuuden puolustuspuheenvuoro, jossa liian hyvinvoiva työyhteisö nähdään laiskana ja aikaansaamattomana.

Millaisia seurauksia merkitysten perusteluilla on tarkasteltavan ilmiön eri osapuolille? Ensimmäinen merkitys näyttäisi asettavan työntekijät hoitotyön alttarille, jossa kaikki voidaan tarvittaessa uhrata potilaiden auttamisen ja pelastamisen vuoksi. Hieman kärjistäen työntekijät ovat tässä asetelmassa uhrautujan ja johtajat ylipapin positiossa. Toinen merkitys asettaa sekä työntekijät että johdon vastuuttomaan asemaan. Kun vuorovaikutuksen ongelmia ei korjata, siitä aiheutuu ongelmia kolmansille osapuolille (terveyskeskus). Kolmas merkitys nostaa esiin teflonmaisen ammattilaisen, joka sietää tilanteita kuin tilanteita. Tällainen ammattilainen ei luota siihen, että johtaja ajaisi hänen asiaansa, vaan hän keskittyy itsenäiseen selviytymiseen työtehtävistään. Neljäs merkitys asettaa työntekijän positioon, joka pyrkii hyötymään systeemistä. Jos työssä on väljyyttä, työntekijä käyttää sen omaksi hyväkseen. Vastaavasti johtaja näyttäytyy saamattomana hahmona, joka ei kykene estämään työvelvoitteiden laiminlyömistä.

Viimeisenä – ja johtamisen kannalta vaikuttavimpana – tehtävänä on pohtia esiin nostettujen merkitysten ja niiden perustelujen yhteyttä organisaation toimintakäytäntöihin. Vaikka ilmiötä koskevat merkitykset ovat lähtökohtaisesti yhtä arvokkaita, se merkitys, mitä tuetaan, muuttuu väistämättä arvokkaammaksi ja enemmän todeksi kuin muut merkitykset. Mitä esimerkin 3 ilmentämät merkitykset asiakaspalvelun ja työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen suhteesta siis kertovat julkisesta terveydenhuollosta organisaationa?

Esimerkin perusteella näyttää siltä, että potilaiden hoitaminen on henkilökunnalle enemmän kuin vain työ, jota tehdään, jotta siitä saadaan palkkaa. Henkilökuntaa pidetään äärimmäisen sitoutuneena laadukkaaseen asiakaspalveluun. Tätä merkitystä ei kiistetä. Kukaan vuorovaikutuksen osapuolista ei ole halukas keskustelemaan asiakastyön laadun mahdollisesta alentamisesta, vaikkakin sillä saattaisi olla myönteinen vaikutus työntekijöiden keskinäiseen vuorovaikutukseen ja hyvinvointiin. Sen sijaan laadukkaan asiakaspalvelun yhteys henkilöstön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja hyvinvointiin näyttäytyy moniulotteisena ilmiönä. Työntekijöiden keskinäisen vuorovaikutuksen ongelmat nähdään sekä a) häiriönä laadukkaalle asiakaspalvelulle, b) ilmiönä, jota pitää vain sietää, että c) ilmiönä, jonka ratkaiseminen voi johtaa ”vääränlaiseen” hyvinvointiin ja systeemin hyväksikäyttämiseen.

Yhteenvetona esimerkin 3 ilmentämä vuorovaikutus nostaa esille yhden hallitsevan organisaation toimintakäytännön sekä kolme ehdotelmaa toimintakäytännön mahdollisista vaikutuksista. Johtajalle vuorovaikutuksen analyysi mahdollistaa tarkan keskustelun näistä kolmesta ehdotelmasta: laadukkaan asiakaspalvelun häiriöistä, asioiden sietämisestä ja systeemin hyväksikäyttämisestä. Lisäksi hallitsevan toimintakäytännön paljastuminen mahdollistaa yksityiskohtaisen tarkastelun, mitä merkityksiä laadukas asiakastyö pitää sisällään. Kun laadukas asiakastyö avautuu sosiaalisena rakennelmana, on mahdollista tutkia, ovatko kaikki siihen liittyvät merkitykset välttämättömiä, ilmentävätkö ne laadukasta asiakaspalvelua vai mahdollisesti jotain muuta, asiakkaalle hyödytöntä toimintaa.

Vuorovaikutuksen johtamisen luotettavuus

Edellisessä kuvauksessa vuorovaikutuksen analyysi ja johtamista koskevat päätelmät on esitetty neljänä perättäisenä vaiheena. Käytännössä vaiheet eivät aina ole selkeästi erotettavissa toisistaan. Tarkasteltavaa ilmiötä koskeva merkitys voi samalla sisältää myös merkitystä koskevia argumentteja ja viitteitä organisatorisista käytännöistä. Vaiheiden limittäisyyden vuoksi on tärkeää, että johtaja pyrkii vakuuttumaan vuorovaikutustilannetta koskevien päätelmien

luotettavuudesta. Diskursiivisesta näkökulmasta luotettavuus voidaan todentaa usealla tavalla. Seuraavia esitettäviä näkökohtia (vrt. Georgaca & Avdi 2012) voidaan pitää melko yleispätevinä periaatteina vuorovaikutustilanteita koskevan tulkinnan luotettavuuteen. Sisäinen koherenssi (*internal coherence*) koskee aineistoon pääsyn johdonmukaisuutta. Koherenssin kannalta tavoiteltavana voidaan pitää sitä, että vuorovaikutustilanne tapahtuu mahdollisimman autenttisessa tilanteessa ja tilanne tarjoaa hyvät lähtökohdat eri osapuolten luottamukselliselle keskustelulle.

Refleksiivisyys (*reflexivity*) tarkoittaa johtajan oman roolin tarkastelua suhteessa vuorovaikutuksen kohteena olevan ilmiön rakentamiseen. Onko johtaja aktiivinen sisällöntuottaja ja vuorovaikutuksen osapuoli vai pyrkiikö hän pitäytymään prosessin ohjaamisessa? Toisaalta refleksiivisyys liittyy myös johtajan ja vuorovaikutuksen muiden osapuolten välisiin rooleihin. Onko johtaja pyrkinyt pitämään roolinsa etäisenä yleisellä tasolla tai joitakin vuorovaikutuksen osapuolia kohtaan vai suosiiko hän välitöntä johtamisotetta?

Perusteellisuus ja ankaruus (*rigour*) viittaavat vuorovaikutuksen eri ulottuvuuksien huomioiseen. Johtajan kannalta tämä tarkoittaa kykyä välttää liian nopeita johtopäätöksiä. Mikäli moni vuorovaikutuksen osapuoli ilmaisee tarkasteltavan ilmiön merkityksen samankaltaisesti, voi olla houkuttelevaa päätellä, että kaikki osapuolet ovat samaa mieltä asiasta. Yksituumaisuus voi kuitenkin viitata myös ryhmäilmiöihin tai siihen, että vuorovaikutuksen dynamiikka on vielä paljastumatta. Tämän vuoksi hallitsevista merkityksistä poikkeavien ja jopa vastakkaisten merkitysten esiin tuleminen ja niiden huomioiminen on olennaista johtamistyössä.

Läpinäkyvyys (*transparency*) ja tilannekohtaisuus (*contextuality*) kohdistuvat vuorovaikutuksen tulkintavaiheiden huolelliseen toteuttamiseen ja tarkasteltavalle ilmiölle annettujen merkitysten sijoittamiseen niiden organisatoriseen kontekstiin. Vaikka diskursiivisessa näkökulmassa merkitysten odotetaan rakentuvan sosiaalisessa tilanteessa, niiden oletetaan olevan sidoksissa organisaation ja vuorovaikutuksen eri osapuolten historiaan. Tarkastelemalla vuorovaikutustilanteessa annettuja merkityksiä suhteessa tähän historiaan, käsiteltävälle ilmiölle voidaan löytää entistä laajempi merkitys.

Lopulta vuorovaikutuksen analyysin luotettavuus mitataan hyötynä (*usefulness*). Vuorovaikutuksen korostaminen on inhimillinen ja taloudellinen investointi, josta on sekä tuottoja että kuluja. Kaikista organisaation ilmiöistä ei voida – eikä ole järkevää – keskustella yleisesti. Johtajalla on suuri vastuu päättää, mitkä vuorovaikutuksesta nousevat merkitykset ovat kohdennetun keskustelun arvoisia.

Johtopäätökset

Diskursiivisen johtamisen integroivasta näkökulmasta tarkasteltuna vuorovaikutus on ilmiö, jota ei voida määritellä vain tietyllä tavalla. Tästä näkökulmasta deskriptiivistä lähestymistapaa korostava johtamiskirjallisuuden valtavirta näyttäytyy hegemonisena puheena, yrityksenä saavuttaa valta-asema vuorovaikutuksen johtamisen oikeanlaiseen tulkintaan. Edelleen diskursiivisesti tarkasteltuna sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvat vuorovaikutustilanteet eivät suoraan heijasta eri osapuolten psyykkistä prosessointia tai persoonallisuutta. Kuvailevan lähtökohdan sijasta diskursiivisessa näkökulmassa käsiteltäviä ilmiöitä koskevat merkitykset luodaan aina uudelleen erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Nämä merkitykset voidaan tehdä ymmärrettäviksi tarkastelemalla niitä suhteessa merkitysten perusteluihin sekä yksilöllisiin ja organisatorisiin vaikutuksiin. Kokonaisuus kuvastaa käytännössä sitä, että sosiaali- ja terveysalan vuorovaikutustilanteet haastavat voimakkaasti ottamaan haltuun inhimillisesti hyvää johtamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa vuorovaikutuksen johtamista koskevat merkitykset tulevat erityisesti näkyviin asiakaspalvelutilanteiden ja henkilöstön keskinäisen vuorovaikutuksen välisenä dynamiikkana ja jännitteinä. Johtuen joko organisatorisesta kulttuurista tai henkilöistä, jotka hakeutuvat julkisen terveydenhuollon tehtäviin, asiakaspalvelun laatukriteerit on asetettu erittäin korkealle. Tässä luvussa esitetyn perusteella sekä henkilöstö että esimiehet ovat vahvasti omaksuneet palvelunäkökulman, jonka mukaan asiakkaille ollaan valmiita uhraamaan suurin osa omista voimavaroista, vaikka sillä olisi kielteisiä vaikutuksia henkilöstön keskinäiseen vuorovaikutukseen ja organi-

satorisiin käytäntöihin. Aiempi näyttö sosiaali- ja terveydenhuollon alalta on korostanut esimerkiksi hyödyllisyyttä, joka perustuu ensisijaisesti joko asiakas- tai ammattihyötyihin (mm. Syväjärvi & Stenvall 2009).

Edelleen palvelunäkökulman mahdolliset vaikutukset organisaation sisällä tulevat näkyviin virheettömyyttä ja työntekijöiden välisiä rajoja korostavana organisaatiokulttuurina, koettuna työn kuormittavuutena ja lopulta – heikentyneenä työsuorituksena. Mahdollisista kielteisistä vaikutuksista huolimatta esimiehet eivät aina ole valmiita keskustelemaan ilkeästä ongelmasta, joka voi liittyä palvelun laatuun ja epäedullisiin seurauksiin. Inhimillinen ja vuorovaikutuksellinen johtaminen korostaa erilaisten toimijoiden arvojen ja hyötytekijöiden tuntemusta, usein keskenään ristiriitaisten odotusten kanssa tasapainoilua, mutta myös vahvasti itsensä asemointia johtajana vuorovaikutustilanteissa (vrt. DeRue & Asford 2010). Palvelunäkökulman hallitsevaa merkitystä voidaan vastaavasti tulkita myös toimijoiden ammatti-identiteetin lähtökohdasta. Alan esimiesten tausta on yleisesti palvelu- ja asiakastyössä, eikä niinkään johtamistoiminnassa. Tällöin esimiesten kokemuksissa asiantuntija näyttäytyy ensisijaisena ja sisäänrakennettuna ammatti-identiteettinä, kun vastaavasti johtaminen koetaan usein irrallisena ja hahmottumattomana ammatti-identiteettinä (Koskiniemi ym. 2015).

Tämän luvun perusteella muuttuvat vuorovaikutustilanteet ilmenevät toimintana, joka vaatii julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon esimiehiltä palvelunäkökulman lisäksi sekä organisatorista toimintakontekstia että sosiaalisen todellisuuden dynamiikkaa ymmärtävää johtamisidentiteettiä. Diskursiivisen johtamisen integroiva näkökulma antaa tälle ymmärtämiselle lähtökohtia. Se tarjoaa esimiehille systemaattisen viitekehyksen johtamisidentiteetin muodostamiseen muuttuvissa vuorovaikutustilanteissa. Näkökulma auttaa lähestymään vuorovaikutustilanteita johtamisprosessina, jossa tarkasteltavien ilmiöiden erilaisia merkityksiä tunnistetaan, neuvotellaan niiden välisistä suhteista ja vaikutuksista sekä rakennetaan ilmiöille uudenlaisia merkityksiä.

Erilaisten päättelytapojen (Kahneman 2011) kannalta diskursiivisen johtamisen integroivan näkökulman arvo kohdistuu hitaaseen päättelyyn. Hidasta ja nopeata päättelyä vaativien johtamistilanteiden tunnistaminen ja erotta-

minen on olennaista, sillä kaikkiin vuorovaikutustilanteisiin ei ole mahdollista käyttää yhtäläisesti resursseja. Diskursiivista näkökulmaa on perusteltua hyödyntää kompleksisissa tilanteissa, joissa asioihin ei ole erotettavissa oikeita ja vääriä vastauksia. Vastaavasti suljetuissa ongelmissa, kuten budjetin laadinnassa tai ohjelmistopäivityksissä, on perusteltua soveltaa suoraviivaisia johtamisen menetelmiä. (Pietiläinen 2010.)

Tieteenteoreettisesti diskursiivisen johtamisen integroiva näkökulma korostaa vuorovaikutuksen relativistisuutta, jota voidaan pitää jännitteisenä ja vastakohtaisena lähtökohtana tutkimuskirjallisuuden deskriptiiviselle johtamiskäsitykselle. Relativistisuus ei ota kantaa vuorovaikutuksen taustalla vaikuttavaan objektiiviseen todellisuuteen. Vuorovaikutuksen eri osapuolten näkemykset nähdään erilaisina tulkintoina samasta ilmiöstä. Olennaista ei tällöin ole totuuden selvittäminen tulkintojen taustalla, vaan tulkintojen välisen yhteyden, logiikan ja vaikutusten ymmärtäminen. Relativismiin pohjautuva johtamistyö ei johda konsensukseen, vaan auttaa eri osapuolia ymmärtämään, sietämään – ja parhaimmillaan myös arvostamaan – sosiaalisen todellisuuden moniulotteista luonnetta. Relativismi tuottaa joustavuutta johtamiseen.

Relativismia voidaan myös kritisoida sen perusteella, että se jättää merkitysten taustalla vaikuttavan objektiivisen todellisuuden huomioimatta (Gibbs 2015). Inhimillisesti tehokas johtaminen -tutkimushankkeessa esimiesten vuorovaikutustilanteet ovat tuoneet näkyviin sairaalaorganisaation rakenteita, joita voidaan pitää johtamiseen vaikuttavana todellisuutena. Esimerkkejä rakenteista ovat palkkaus-, laadunhallinta- ja tiedotusjärjestelmää koskevat toimintaperiaatteet ja ongelmat. Nämä järjestelmät eivät ole riippuvaisia ainoastaan vuorovaikutuksen osapuolten antamista merkityksistä, vaan niiden olemassaolo osaltaan määrittää julkisen terveydenhuollon johtamistodellisuutta. Esimerkiksi ostopalveluhenkilöstön ja sairaalan osastoilla toimivan henkilöstön palkkauksen erot ilmentävät todellisuutta, joka vaikuttaa vuorovaikutuksen osapuolten antamiin merkityksiin.

Vuorovaikutuksen taustalla vaikuttavan objektiivisen todellisuuden tarkastelu siirtää johtamisen tieteenteoreettista painopistettä relativistisesta näkökulmasta kohti kriittistä realismia. Tällöin olennaista on sekä vuorovaiku-

tuksessa syntyvien erilaisten merkitysten että niihin liittyvien rakenteellisten vaikutusten (esim. Parker 2002) huomioon ottaminen. Johtamiskäytäntöjen kannalta kriittinen realismi painottaa samanaikaisesti vuorovaikutuksen ohjaamisen ja managerialististen toimenpiteiden tärkeyttä. Pelkkä prosessin johtaminen ja vuorovaikutuksen osapuolten antamien erilaisten merkitysten ymmärtäminen ei tällöin vielä riitä, vaan johtamistyössä tulee pystyä myös tekemään organisatorisia toimintakäytäntöjä koskevia päätöksiä. Tämä on inhimillisesti tehokasta johtamista sosiaali- ja terveysalalla.

Tässä luvussa esimerkkinä käytetty aineisto kuvasi yleisellä tasolla julkisen terveyden huollon esimiesten keskustelua positiivisesta johtamisesta. Tutkimuksellinen tarkastelu tulisi tulevaisuudessa kohdentaa vielä tarkemmin esimiesten tasolla siihen, mitä ammattikuntaa ja osastoa vuorovaikutustilanteeseen osallistuvat esimiehet edustavat. Jos hyödynnetään diskursiivisen johtamisen integroivaa näkökulmaa, tämä erottelu antaa yksityiskohtaista ja kohdennettua tietoa johtajien vuorovaikutuksen rakenteesta ja siitä, miten mahdolliset valtarakenteet näyttäytyvät vuorovaikutustilanteissa eri osastojen ja ammattikuntien välillä.

Luvun tärkeimmät viestit johtajille ja esimiehille:

1. Haastavien vuorovaikutustilanteiden merkitys avautuu kerroksittain. Vältä nopeita johtopäätöksiä.
2. Vuorovaikutuksen eri osapuolet eivät vain kuvaa sosiaalisissa tilanteissa tarkasteltavia asioita, vaan luovat niille uusia merkityksiä. Päätä, missä roolissa on kulloinkin tarkoituksenmukaista toimia tässä luomisprosessissa (vertaisosallistuja, dialogin ohjaaja, päätöksentekijä jne.).
3. Vuorovaikutustilanteet ovat investointeja, jotka tuottavat parhaimmillaan sosiaalisia ja taloudellisia tuloksia, mutta vaativat myös resursseja. Päätä, mihin tilanteisiin resurssit kohdennetaan.
4. Johtaminen edellyttää sekä vuorovaikutuksen dynamiikan hallintaa että vuorovaikutuksessa luotujen merkitysten kytkemistä organisaation toimintakäytäntöihin. Tätä johtamisen kaksoistehtävää voidaan toteuttaa kiinnittämällä systemaattisesti huomio vuorovaikutuksen eri osapuolten antamien a) merkitysten vaihteluun, b) merkitysten perusteluihin, c) sosiaalisiin asemiin ja yksilöllisiin vaikutuksiin sekä d) vuorovaikutuksen ja organisatoristen toimintakäytäntöjen ja vallan väliseen yhteyteen.
5. Vuorovaikutustilanteita koskevat päätelmät sisältävät aina riskejä virhetulkintoista. Ennen päätöksentekoa tarkastele systemaattisesti tekemiesi tulkintojen luotettavuutta.

Lähteet

Aubry, M., Richer, M.-C. & Lavoie-Tremblay, M. (2014). Governance performance in complex environment: The case of a major transformation in a university hospital. International Journal of Project Management, 32, 1333–1345.

Austin, J. L. (1962). How to Do Things with Words. In J. O. Urmson & M. Sbisa (Eds) (2nd ed.). The William James Lectures: Harvard University Press.

Bass, B. M. & Riggio, R. E. (2006). Transformational leadership (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Billig, M. (1996). Arguing and Thinking: A Rhetorical Approach to Social Psychology (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. Journal for the Theory of Social Behaviour, 20, 43–63.

DeRue, D. S. & Ashford, S. J. (2010). Who will lead and who will follow: A social process of leadership identity construction in organizations. Academy of Management Review, 35(4), 627–647.

Edwards, D. (1997). Discourse and cognition. London: Sage.

Edwards, D. & Potter, J. (1992). Discursive psychology. London: Sage.

Georgaca, E. & Avdi, E. (2012). Discourse analysis. In A. Thompson & D. Harper (Eds). Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners. New Jersey: Wiley, 147–162.

Gibbs, G. R. (2015). Discourse analysis Part 1: Discursive psychology. From a lecture by G. R. Gibbs: The University of Huddersfield.

Heritage, J. C. & Clayman, S. (2010). Conversation analysis and institutional interaction. Cambridge: Cambridge University Press.

Jian, G. & Dalisay, F. (2015). Talk Matters at Work: The Effects of Leader-Member Conversational Quality and Communication Frequency on Work Role Stressors. International Journal of Business Communication, 7(6), 1–18.

Kahneman, D. (2003). A perspective on judgement and choice. American Psychologist, 58, 697–720.

Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. New York: Farrar, Straus & Giroux.

Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. Psychological Inquiry, 14, 1–26.

Kingsley-Westerman, C. Y., Reno, K. M. & Heuett, K. B. (2015). Delivering Feedback: Supervisors' Source Credibility and Communication Competence. International Journal of Business Communication, 10(22), 1–21.

Koskiniemi, A., Perttula, J. & Syväjärvi, A. (2015). Existential–Experiential View of Self-Sourced (In) Authentic Healthcare Identity. Journal of Leadership Studies, 9(2), 6–18.

Laitinen, I. & Stenvall, J. (2012). Ihminen ja vuorovaikutus muutoksessa kompleksisuus ja muutosten hallinta. Teoksessa J. Perttula & A. Syväjärvi (toim.). Johtamisen psykologia. P-S-kustannus: Jyväskylä, 91–121.

Lehtopuu, H., Syväjärvi, A. & Perttula, J. (2012). Henkilöstölähtöiset kehittämisalueet julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Hallinnon Tutkimus, 31(4), 294–311.

Lester, K. R. (1984). Evaluating Chicago Sociology: A Guide to the Literature, with an Annotated Bibliography. Chicago: University of Chicago Press.

Liden, R. C., Wayne, S. J., Zhao, H. & Henderson, D. (2008). Servant leadership: development of a multidimensional measure and multi-level assessment. The Leadership Quarterly, 19, 161–177.

Mariani, L. & Cavenago, D. (2013). Defining hospitals' internal boundaries. An organizational complexity criterion. Health Policy, 117, 239–246.

Mikkelson, A. C., York, J. A. & Arritola, J. (2015). Communication Competence, Leadership Behaviors, and Employee Outcomes in Supervisor-Employee Relationships. Business and Professional Communication Quarterly, 9(78), 336–354.

Miller, D. L. (1973). G.H. Mead: Self, Language and the World. Chicago: University of Chicago Press.

Mumby, D. K. (2004). Discourse, power and ideology: Unpacking the critical approach. In D. Grant, C. Hardy, C. Oswick & L. Putnam (Eds). The handbook of organizational discourse. London: Sage, 237–258.

Parker, I. (2002). Critical discursive psychology. Basingstoke: Palgrave.

Pietiläinen, V. (2010). Johtajan ammatillisten kompetenssien profiloituminen kompleksisessa toimintaympäristössä. Rovaniemi: Lapland University Press.

Pietiläinen, V. & Salmi, I. (2017, in press). An integrative discourse perspective on positive leadership in public health care. Leadership in Health Care.

Potter, J. (2012). Discourse analysis and discursive psychology. In H. Cooper (Ed.). APA handbookof research methods in psychology: Vol. 2. Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological. Washington: American Psychological Association Press, 111–130.

Potter, J. (1996a). Representing reality: Discourse, rhetoric and social construction. Longon: Sage.

Potter, J. (1996b). Discourse analysis and constructionist approaches: Theoretical background. In J. Richardson (Ed.). Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences. Leicester: British Psychological Society, 125–140.

Potter, J. & Hepburn, A. (2007). Discursive psychology: Mind and reality in practice. In A. Weatherall, B. Watson & C. Gallois (Eds). Language and Social Psychology Handbook. London: Palgrave, 160 –181.

Potter, J. & Wetherell, M. (1987). Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behavior. London: Sage.

Syväjärvi, A. & Stenvall, J. (2003). Ydinosaaminen asiantuntijan organisaatio-käyttäytymisen johtajana. Hallinnon Tutkimus, 2, 116–127.

Syväjärvi, A. & Stenvall, J. (2009). Core Governmental Perspectives of e-Health. In J. Tan (Ed). Medical Informatics: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications. Information Science Reference. IGI Global, USA, 153–162.

Syväjärvi, A., Lehtopuu, H., Perttula, J., Häikiö, M. & Jokela, J. (2012). Inhimillisesti tehokas sairaala – Työn mielekkyys henkilöstön kokemana. Rovaniemi: Lapland University Press.

Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S. & Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: development and validation of a theory-based measure. Journal of Management, 34(1), 89–126.

Weick, K.E. (2001). Making Sense of the Organization. Oxford: Blackwell.

Wetherell, M. (1998). Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and post-structuralism in dialogue. Discourse and Society, 9(3), 387–412.

Wetherell, M., Taylor, S. & Yates, S. J. (Eds) (2001). Discourse theory and practice: A reader. London: Sage.

Willig, C. (2008). Discourse analysis. In J. Smith (Ed.). Qualitative psychology: A practical guide to research methods. London, Sage, 160–185.

Kirjoittajat: Ville Pietiläinen on johtamisen psykologian yliopistonlehtori, Antti Syväjärvi hallintotieteen professori ja Ilkka Salmi soveltavan psykologian yliopisto-opettaja Lapin yliopistossa.

Autenttisuuden ja kokemusten merkitys johtamisessa

Anne Koskiniemi

Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen ja erilaiset johtamiskoulutukset ovat lisääntyneet ja saaneet kansainvälistä huomiota 2000-luvulla (Brown, Dewing & Crookes 2016; Heikka 2008; Jaffe, Pradarelli, Lemak, Mulholland & Dimick 2016). Johtamisen painotusalueet ovat muuttuneen työympäristön hahmottamisessa, uudistuksissa, niihin liittyvän epävarmuuden käsittelyssä (Cochran, Kaplan & Nesse 2014), sekä työn mielekkyyden ja myönteisyyden kokemuksissa henkilökunnan arjessa (Syväjärvi, Lehtopuu, Perttula, Häikiö & Jokela 2012). Eri alojen johtamiskoulutusten tavoitteena on huomioida juuri kyseisen alan erityispiirteet ja johtamisen vaatimukset ympäristössä, missä ainoa pysyvä tekijä on muutos. Myös sellaiset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikunnat, jotka eivät ole aiemmin olleet hyvin edustettuina johtamistutkimuksissa, ovat alkaneet saada huomiota viime vuosina. Esimerkkinä tästä on lääkärien ammattikunta, johon liittyvää johtamistutkimusta ei ole muun muassa hoitajiin verrattuna tehty paljoakaan. Aivan viime vuosina lääkärien, lääkärinä johtamiseen ja sen muuttuviin tarpeisiin on kuitenkin alettu paneutua (esim. Cochran et al. 2014; Jaffe et al. 2016; *Physician Leadership Series* 2014–2015 aikakauslehdessä *Healthcare*).

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiselta edellytetään muutosten keskellä paljon. Ei riitä, että työtä saadaan johdettua substanssiosaamisen pohjalta, vaikka osaaminen ja kokemus alalta on perinteisesti nähty sosiaali- ja tervey-

denhuollon asiantuntijoiden johtamisessa keskeisenä tekijänä (Bronson & Ellison, painossa; Heikka 2008; Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007). Osaamisen johtamisen lisäksi tulee hallita myös osaajien johtaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jatkuvuuden varmistamiseksi myös epävarmuuden sävyttäminä aikoina johtamisessa tulee huomioida paitsi työn johtaminen, myös työntekijöiden inhimillisyyden ja ihmisyyden tuomat mahdollisuudet ja rajoitteet. Työntekijöiden ihmisyys on pysyvä asia työyhteisössä riippumatta siitä, minkälaiset muutokset alaa, tai omaa yksikköä koettelevat. Se, että työntekijän ymmärtää ihmisenä, joka tekee työtä, ei ainoastaan työn tekijänä (Perttula & Syväjärvi 2012) tukee juuri työn tekemistä ja epävarmuuden sietämistä.

Työntekijöiden ihmisyyden ja inhimillisyyden ulottuvuuksina tarkastelen tässä luvussa kokemuksellisuutta ja autenttisuutta työyhteisössä ja johtamisessa. Kokemus on varsin yleisesti käytetty käsite niin arki- kuin tutkimuskielessä. Kokemuksen tarkasteluun sovellan fenomenologisen psykologian näkökulmaa, joka ymmärtää kokemuksen yksilöllisenä merkityssuhteena ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä, sisältäen ympäristössä olevalle asialle annetun merkityksen kussakin tilanteessa (Perttula 2009). Fenomenologisen psykologian näkökulmasta todellisuus onkin ennemmin koettu ja sen kautta rakennettu, kuin valmiiksi annettuna otettu. Käsittelemäni autenttinen johtajuus taas havainnollistaa, mitä fenomenologisen psykologian näkökulma kokemukseen johtamistyön ideologiana tarkoittaa käytännön johtamistyön kannalta. Kiteytyneenä tutkimuskysymyksenä on: *Millä tavoin kokemuksellisuuden ja autenttisuuden ymmärtäminen tukevat johtamista sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisissa työyhteisöissä*?

Työntekijällä viittaan sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteleviin ihmisiin, niin johtajiin kuin alaisiin. Termiä ”alainen” käytän tulkinnallisuuden välttämiseksi ja selkeyttääkseni niitä tilanteita, joissa on kyse juuri esimies–alais-suhteista. Lähtökohtana on, että kaikki työntekijät ovat inhimillisiä ihmisiä, minkä vuoksi tietyt ihmisyyteen kuuluvat perusoletukset ja ominaisuudet pätevät jokaiseen. Sosiaali- ja terveysalan työyhteisö toimintapaikkana tai ammattialan sisällä eivät muuta sitä, mutta kontekstina sosiaali- ja tervey-

denhuollon työyhteisö antaa ihmisyyden osien, kuten kokemuksellisuuden tarkastelulle uusia näkökulmia. Ihmisen luonnollista taipumusta kokea asioita, kokea ympäristöään ja antaa asioille merkityksiä, ei pääse pakoon missään tilanteessa. Kokemuksellisuus on täten väistämätön osa myös sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista ja työyhteisöä.

Luvussa avaan kokemuksen rakentumista, sen taipumusta erottaa ja yhdistää työntekijöitä. Erottaa kokemus voi yksilöllisyydellään (Perttula 2012) ja yhdistää silloin, kun oman kokemuksen tuntee olevan jaettu, kun joku muukin kokee samankaltaisesti tietystä asiasta (Haslam, Reicher & Platow 2012). Mikä merkitys kokemusten yksilöllisyyden ja jaetun luonteen ymmärtämisellä on sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisölle ja johtamiselle? Kun johtamisen keinoin tavoitellaan jotain yhteistä, on se sitten laadukas potilashoito, tai organisaation strategian toteutus, jokainen yksilö osana yhteisöä merkitsee. Työtä tehdään yhdessä, mutta yksilöt luovat yhteisen työn ja yhteistyön. Kokemukset vaikuttavat näkyvän toiminnan takana. Ne ohjaavat käyttäytymistä ja reagoimista (Rauhala 2005).

Autenttisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa käsittelen kahdesta eri näkökulmasta: positiivisesta ja kriittisestä. Molemmissa autenttisuuden ymmärtämistavoissa on jotain tekemistä aitouden ja läsnä olemisen kanssa. Positiivinen autenttinen johtaminen on autenttisen johtamisen valtavirtaan kuuluva näkökulma, jonka juuret löytyvät positiiviseen psykologiaan pohjaavista teorioista (esim. Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing & Peterson 2008). Se painottaa aidon itsen (*true self*) mukaista käyttäytymistä, kokemista ja itsensä toteuttamista olettaen, että aito itse on sisällöllisesti hyvä. Kun johtajan aidon itsen oletetaan olevan lähtökohdiltaan hyvä, sen mukaisesti toimiminen eli autenttinen käyttäytyminen tuottaa hyvää alaisille vahvistaen myös heidän autenttista olemista. Kriittiset lähestymistavat (esim. Algera & Lips-Wiersma 2012) taas tuovat esiin eksistentialismiin pohjaavia näkökulmia, joiden mukaan ”aito itse” muodostuu vasta suhteessa ympäristöön ja tässä suhteessa kertyvistä kokemuksista. Näin ollen aidon itsen ei voida sanoa olevan hyvä tai paha. Se on sitä, miksi se on muodostunut. Kriittiset näkökulmat korostavat yksilöllisyyttä ja kokemuksellisuutta autenttisen olemi-

sen ja käyttäytymisen edellytyksinä. Autenttista johtajuutta ei niiden mukaan voi määritellä miksikään tietynlaisiksi toiminta- tai käyttäytymistavoiksi. Se, mitä autenttisuus sisällöllisesti tarkoittaa, on yksilöllistä ja voi muokkautua jatkuvasti – kerryttäähän työntekijä läpi elämänsä kokemuksia, jotka vaikuttavat omiin käsityksiin omasta itsestä.

Käsillä oleva luku pohjautuu vuonna 2014 Lapin- ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireistä kerättyyn haastatteluaineistoon. Haastattelututkimus on toteutettu osana Inhimillisesti tehokas johtaminen -hanketta, joka on Lapin- ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien sekä Lapin yliopiston yhteinen tutkimus- ja kehittämishanke. Haastattelututkimukseen osallistuneet (n=25) olivat lääkäri- ja hoitajajohtajia, joista suurin osa teki johtamistyön lisäksi myös kliinistä työtä. Tutkimukselliset valinnat avointa haastattelumenetelmää myöten pohjautuvat fenomenologiaan. Haastattelujen analyysimenetelmänä on niin ikään käytetty eksistentiaalis-fenomenologista metodia (ks. Giorgi 1985; Perttula 1998), jonka avulla sekä yksilölliset että jaetut kokemukset voidaan havaita ja huomioida. Metodia on kehitetty Inhimillisesti tehokas johtaminen -hankkeen yhteydessä. Haastatteluaineistoon viittaan luvussa tutkimusaineistona, sen pohjalta syntyneisiin tuloksiin tutkimustuloksina ja itse tutkimukseen tutkimuksena. Tutkimustuloksista nostan esille niitä seikkoja, jotka kytkeytyvät, avaavat, risteävät, tai selittävät kokemusten ja autenttisuuden teoreettista tarkastelua johtajien näkökulmasta.

Useissa tutkimuksissa on käsitelty sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista, vuorovaikutuksen merkitystä (esim. Morgan & Obgonna 2008; Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook & Braithwaite 2010; Reeves, Rice, Conn, Miller, Kenaszchuk & Zwarenstein 2009; Viitanen et al. 2007) sekä positiivisen autenttisen johtajuuden yhteyksiä etenkin hoitajien työhön (esim. Malik, Dhar & Handa 2016; Wong & Laschinger 2013). Kuitenkin kokemuksellisuuden ja kriittisen autenttisuuden merkitysten tutkiminen on jäänyt hyvin vähäiseksi. Kokemusten ja autenttisuuden avaamisen ja työyhteisöön sijoittamisen keinoin sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen tarkastelu voidaan viedä ammattikuntien rajat ylittävälle tasolle.

Kokemuksellisuus johtamisessa ja työyhteisössä

Kokemusten ja kokemuksellisuuden lähtökohtia

Kokemuksesta ja kokemuksellisuudesta puhuttaessa lähtökohtana on, että ihminen on jatkuvasti suhteessa ympäristöönsä (Tökkäri 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisössä tämä tarkoittaa esimerkiksi suhdetta työhön, muihin työntekijöihin, eri ammattikuntiin, ja asiakkaisiin. Työntekijä on näissä tilanteissa itse osallisena – aktiivisena kokijana, reagoijana, ajattelevana, tuntevana, ja ajatuksensa ja tunteensa ilmaisevana toimijana. Vaikka ajatusten ja tunteiden ilmaisu ei ole aina rehellistä, ne vaikuttavat siihen, millä tavalla vuorovaikutukseen osallistutaan. Toiminnan taustalla vaikuttavat aina kokemukset eri tilanteista ja itsestä näissä tilanteissa. Miten itse on koettu sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijana tai oman erikoisalan työryhmän jäsenenä, minkälaiseksi moniammatillinen yhteistyö on koettu, minkälaiseksi työyksikön ilmapiiri koetaan tai minkälaisena oma työ koetaan. Nämä kaikki vaikuttavat siihen, miten nykyisyydessä toimitaan, käyttäydytään ja suhtaudutaan. Alaisten kokemusten ymmärtäminen on keskeistä kaikessa toiminnan ohjaamisessa, koska kokemukset tarjoavat selityksen tietylle reaktiolle tai käytökselle. Miksi esimerkiksi uusia käytänteitä vastustetaan tai miksi nykyisiin toivotaan muutosta? Kokemusten merkityksen huomioiva johtaja kuuntelee ja peilaa alaisen käytöstä aiempiin vastaavanlaisiin tilanteisiin etsien niiden pohjalta ymmärrystä nykyiseen. Edellytyksenä on johtajan kyky hahmottaa alaisten käyttäytyminen menneen, nykyisyyden ja tulevaisuuden jatkumona, sekä jokaisen yksilöllinen tapa kokea tämän jatkumon eri pisteissä.

Kokemusta ja kokemuksellisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisössä ja johtamisessa mietittäessä tulisi ensin selvittää, mikä on kokemus. Miten se muodostuu ja mikä sille on ominaista? Kokemuksen sisällön selvittämiselle on luontevaa ottaa tässä lähtökohdaksi fenomenologia tai fenomenologinen psykologia, koska fenomenologisen tutkimuksen voi sanoa käsittävän kokemusten tutkimisen kaikesta elämäntilanteeseen kuuluvasta (Perttula 2009). Jotta voidaan puhua kokemisesta, työntekijä tulee ymmärtää tajunnal-

lisena olentona. Fenomenologia pitää tajunnallisuuden ydinrakenteena intentionaalisuutta, joka tarkoittaa tajunnan tarkoituksenmukaista suuntautumista johonkin itsensä ulkopuolella olevaan kohteeseen. Tajunnan suuntauduttua kohteeseen kohde ilmenee ihmiselle jonakin. Tämä kohde, ympäröivä todellisuus, ei ole enää merkityksetön vaan tarkoittaa ihmiselle jotain. Kokemus ei siis ole tajunnallisen toiminnan kohde, vaan suhde, joka muodostuu työntekijän tajunnallisen toiminnan ja hänen todellisuutensa välille. Koska suhteen muotouduttua jokin todellisuuden kohde saa merkityksen, kokemuksen voidaan sanoa olevan merkityssuhde (Perttula 2009, 116–117).

Perttula (2009) avaa todellisuuden käsitettä vertaamalla sitä Lauri Rauhalan (Rauhala 2005) elämäntilanne-käsitteeseen. Elämäntilanne muodostuu kaikesta siitä osasta maailmaa, johon ihminen on suhteessa. Ihmisen ollessa työntekijänä hänen elämäntilanteeseensa kuuluvat muun muassa työpaikka, muut työntekijät, työyksikön säännöt ja arvot, eli kaikki se, mihin työntekijä on suhteessa. Suhteen olemassaolon kriteeriksi voidaan asettaa se, että suhteen eri osapuolet vaikuttavat jollain tavalla toisiinsa; työyhteisön arvot ohjaavat työntekijöiden tekemää työtä. Työympäristö tarjoaa kokemuksille puitteet. Rauhala (2005) täsmentää, että vaikka eri yksilöiden elämätilanteissa olisi samankaltaisia piirteitä, kuten työkulttuureja, tapoja ja arvoja, elämäntilanne on kuitenkin viimekädessä aina yksilöllinen ja ainutkertainen; kahta täysin samanlaista elämäntilannetta samoine ihmisineen, ammatteineen, suhteineen tai sääntöineen ei ole olemassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä kokemusten voidaan ajatella ilmenevän näkymättömänä voimana, jonka läsnäoloa ei voida estää, koska kaikki ihmiset ovat tajunnallisia olentoja. Riippumatta siitä, onko kokemisen kohde konkreettisesti olemassa vai ei, ja onko se työntekijälle itselleen tarkasti tunnistettavissa vai ei, työntekijän saama kokemus on hänelle itselleen joka tapauksessa merkitsevä. Kokemukset ovat pohjimmiltaan aina ainutlaatuisia ja subjektiivisia. Vain työntekijä itse pystyy ymmärtämään ilmiötä niin kuin se ilmenee hänelle hänen omien olemassa olevien kokemustensa pohjalta (Rauhala 2005). Uusien kokemusten syntymiseen vaikuttavatkin vahvasti aiemmat kokemukset. Ne toimivat ymmärtämisyhteytenä ja määrittävät sitä, miten uu-

det kokemukset rakentuvat ja miten uusia kokemuksia on yleensäkään mahdollista saada. Vanha kokemustausta toimii uusien kokemusten tulkitsijana, ikään kuin työntekijän sisäisinä ja ulkoisina silmälaseina, joiden kautta hän havaitsee ja tulkitsee todellisuuttaan. Se myös määrää, mihin tekijöihin havainnot kiinnittyvät, ja miten erilaiset uudet kokemukset jäsentyvät osaksi olemassa olevaa kokemustaustaa. Kun uusi kokemus on löytänyt paikkansa ja sulautunut osaksi aiempaa kokemustaustaa, se osallistuu osaltaan taas seuraavien kokemusten muodostumiseen. Kokemukset siis yhdistyvät toisiinsa, ovat limittäisiä, kerroksellisia, moniulotteisia merkitysrakenteita, jotka jäsentävät työyhteisöä elämäntilanteena (Rauhala 2005).

Johtamisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että alaisten kokemuksia ymmärretään omista kokemuksista riippumatta, juuri alaisen näkökulmasta. Vaikka itse tekisi esimerkiksi lääkärijohtajana kliinistä työtä, ei tulisi automaattisesti oman työskentelyn pohjalta olettaa tietävänsä, millaisena alainen kokee kliinisen työn tekemisen. Oman johtamistoiminnan kannalta taas on oleellista, että sitä ymmärretään omien kokemusten pohjalta. Usein arkipäivässä sorrutaan siihen, että toista yritetään ymmärtää ensisijaisesti sen pohjalta, mitä itse on kokenut eikä sen pohjalta, mitä toinen on kokenut.

Tiedostamalla aiempien kokemusten vaikutus alaiseen tässä hetkessä ja tarjoamalla hänelle aiemmasta poikkeavia kokemuksia myös kielteisiä ajatusmalleja voidaan muovata myönteisimmiksi. Tutkimustulokset tukevat toisaalta ajatusta, että myönteisiä kokemuksia voidaan edelleen vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä, kun johtajana kiinnitetään huomiota siihen, minkälaisista tilanteista myönteiset kokemukset kumpuavat. Tutkimus antaa selviä viitteitä siitä, että myönteisten kokemusten ja niiden syiden havaitsemista helpottaa huomattavasti esimerkiksi se, että johtaja tuntee alaiset, viettää suurimman osan työajasta alaisten lähettyvillä tai on saavuttanut alaisten luottamuksen. Osa tutkimukseen osallistuneista johtajista koki esimerkiksi oman työhuoneen sijainnin ratkaisevana tekijänä; mikäli työhuone sijaitsee niin kaukana, ettei alaisia juuri koskaan näe, luottamuksellisten välien rakentaminen ja alaisiin tutustuminen on vaikeaa. Jollekin alaiselle sanallinen positiivinen palaute voi olla merkittävä työstä saadun myönteisen kokemuk-

sen synnyttäjä. Toiselle olennaisempaa voi olla se, että suoritettava työtehtävä tarjoaa itselle onnistumisen kokemuksia ja haasteita sanallisesta palautteesta riippumatta. Positiiviset kokemukset luovat pohjan toimivalle yhteistyölle ja hyvälle työilmapiirille, jotka taas tukevat perustyön hyvää hoitamista. Vaikka myönteisiä kokemuksia ei voi tuottaa väkisin, niiden syntymistä voidaan tukea johtamisen avulla. Tutkimukseen osallistuneet johtajat olivatkin usein sitä mieltä, että johtajan tehtävä on toimia mahdollistajana, pakottaa ei voi.

Myönteisillä kokemuksilla on todettu olevan lukuisia työn tekoon positiivisesti heijastuvia vaikutuksia. Niiden on tutkimuksissa todettu vahvistavan esimerkiksi työssä suoriutumista (Leroy, Anseel, Gardner & Sels 2015), työtyytyväisyyttä (Cerne, Dimovski, Maric, Penger & Skerlavaj 2014), ja luovuutta (Malik et al. 2016). Lisäksi myönteisten kokemusten saaminen mahdollistaa niiden ilmaisun, joka on osa hyvän työilmapiirin luomista. Myönteisten tuntemusten ilmaisun voi sanoa olevan tärkeää etenkin johtajien taholta, koska jo itsessään se tuottaa positiivisia kokemuksia alaisille (vrt. Bono & Ilies 2006). Olennaista on huomata, ettei myönteisten kokemusten tuottaminen vaadi aineellisia resursseja. Johtajan oma positiivinen, motivoitunut, innostunut asenne ja sen esiin tuominen käyttäytymisessä ja puhumisessa voi olla todella iso tekijä muiden työntekijöiden myönteisten kokemusten syntymiselle (Lewis 2011).

Jokainen työntekijä on oman historiansa summa. Kokemusten pohjalta muodostuneen ajatus- ja tulkintamaailman muuttaminen on hidasta, koska tuoreetkin näkökulmat ja ajatukset ymmärretään usein aiempien kokemusten pohjalta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tämä voi tarkoittaa tutkimustulosten mukaan esimerkiksi sitä, että raskaat tai negatiiviset kokemukset aiemmin toteutetuista muutoksista aiheuttavat kielteistä suhtautumista suunnitteilla oleviin muutoksiin. Tutkimusaineistosta nousi esille muutamia tilanteita, joissa johtajalla on innostava tyyli uusien käytäntöjen kokeiluun. Johtajan itsensä asenne on, ettei muutoksen hyvyyttä voi tietää ennen kuin sen tekee. Asenteeseen sisältyy ajatus, ettei omalla erikoisalalla tehtävien muutosten tarvitse olla peruuttamattomia, virhearvioita tapahtuu ja saa tapahtua, ja aina voi peruuttaa, mikäli muutos osoittautuukin toimintaa heikentäväksi. Uutta

ei koeta möröksi, vaan tilaisuudeksi ja mahdollisuudeksi. Tätä ajattelumallia viestitään alaisille. Vaikka itse muutoksen läpivienti epäonnistuisi, yrityksestä voi jäädä myönteinen kokemus, mikä kannustaa työntekijöitä kokeilemaan ja yrittämään jatkossakin.

Kokemuksista voi olettaa löytyvän samankaltaisuutta, kun työntekijöiden elämäntilanteessa on samanlaisia piirteitä. Tyypillistä sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisössä on, että esimerkiksi saman ammattikunnan tai saman työyksikön työntekijät kokevat asioita osittain samalla tavalla. Tällöin voidaan sanoa, että toisen kokemusta ymmärretään oman kokemusmaailman pohjalta, jolloin kokemus on jaettu. Jaetulla kokemuksella viittaan sellaisiin asioille annettuihin merkityksiin, joissa on samankaltaisuutta, vaikkeivät ne täysin identtisiä olekaan. Jaetut kokemukset luovat pohjan yhteistyölle ja helpottavat yhteisiin tavoitteisiin sitoutumista. Jos esimerkiksi työilmapiiri on huono, sen mitä todennäköisimmin kokee useampi kuin yksi työntekijä. Olettaen, ettei huonossa työilmapiirissä viihdytä, tavoite parantaa sitä on luonnollisesti yhteinen asia, jos kokemus huonosta ilmapiiristä on jaettu.

Erityisesti positiiviset jaetut kokemukset myös vahvistavat yhteenkuuluvuudentunnetta, mikä nähdään yhtenä keskeisenä tekijänä työn tehokkuuden ja mielekkyyden vahvistamisessa (Haslam et al. 2012). Tutkimustulosten mukaan myönteinen jaettu kokemus esimerkiksi työyksikön yhteistyön toimivuudesta kannustaa työn kehittämiseen hyvästä vielä paremmaksi yhteistyön voimin. Paitsi työyksiköiden sisäisten, myös sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien keskuudessa yli työyksikkö- ja organisaatiorajojen yhteisten kokemusten merkitys ja niiden tiedostaminen korostuu. Jos työyksikön tai organisaation sisällä johtaja on yksi ”meistä työntekijöistä”, toinen ”me” voisi muodostua joko organisaation tai koko sosiaali- ja terveysalan johtajista.

Se, miksei yhteisiä kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisössä aina välttämättä havaita, tai väärinymmärryksiä syntyy, voi johtua kokemuksen ominaisuudesta olla toisinaan vaikeasti ilmaistavissa kielellisin keinoin (vrt. Perttula 2009). Millä tavalla esimerkiksi koettua iloa, surua tai onnistumista tulisi ilmaista sanallisesti? Entä millä tavalla kokemuksesta ja sen alkuperästä tulisi kertoa siten, ettei kuulijalle jää liikaa tilaa omalle tulkin-

nalle ja väärinymmärryksille. Tulkinnanvaraa jää miltei aina. Voiko kaikkia kokemuksia ylipäänsä kunnolla kuvata? Hyvä johtaja tunnistaa kielen asettamat rajat, sekä omien kokemusten kuvaamisessa että toisten kuuntelemisessa. Kuunnellessaan kokemusten, tunteiden, mielentilojen ja ajatusten ilmaisua, hän pyrkii löytämään asian ytimen. Ydin ei välttämättä ole tavoitettavissa suoraan sanoista. Sen perusteena voi olla intuitio, tunne ja koettu varmuus siitä, että asian ydin on löytynyt (Perttula 1998). Hyvä ihmisten johtaja on herkkä ja avoin myös omille kokemuksille. Hän osaa nähdä, kuunnella ja tulkita tilanteita ja alaisten käyttäytymistä avoimin mielin, "tuoreella" tavalla.

Tutkimustulostenkin perusteella johtajan rooliin kuuluu tilanteiden aistiminen; johtajalla pitää olla herkät tuntosarvet, joilla hän kokee työyhteisöä siten, että pystyy johtamaan sitä alaisten tarvitsemalla tavalla. Johtamisessa pitää muistaa, että jokaisella alaisella on yksilöllinen tapa ilmaista itseään. Tutkimusaineistosta nousi esille, että ristiriitoja syntyy työntekijöiden keskuudessa usein väärinymmärryksistä. Toisen puhe joko tulkitaan väärin tai itseä ei ilmaista riittävällä selkeydellä. Johtajalta ristiriitojen ratkaisu edellyttää asiaan puuttumista pikaisella aikataululla, jotta väärinymmärrykset eivät paisu kohtuuttomiin mittasuhteisiin uusien väärinymmärrysten kasautuessa aiempien päälle. Keskeistä on löytää yhteinen kieli, syy väärinymmärrykseen ja se asia ydin, jota tavoiteltiin ennen väärinymmärryksen syntymistä. Näin väärinymmärrys voidaan kääntää yhteisymmärrykseksi.

Yksilölliset ja jaetut kokemukset johtamisen kohteina – identiteetit työyhteisössä

Kokemusten ja erilaisten merkitysten pohjalta työntekijä muodostaa kuvaa paitsi ympäröivästä todellisuudesta ja muista ihmisistä, myös itsestään ja siitä, millaiseksi itsensä kokee. Ne merkitykset, roolit, piirteet ja ominaisuudet, joita työntekijä liittää itseensä, muodostavat hänen identiteettinsä (Oyserman 2009). Identiteetit ovat yhdistelmä mennyttä, nykyisyyttä ja tulevaisuutta (Oyserman, Elmore & Smith 2012): Menneisyydessä kerätyt kokemukset ovat vaikuttaneet nykyisten identiteettien muodostumiseen tekemällä ne silmä-

lasit, joiden läpi maailma nykyisyydessä nähdään. Näin rakentuvat myös ne elämän ja oman itsen sisällöt, joiden kautta itse koetaan tietynlaiseksi. Lisäksi nykyisyys muokkaa jatkuvasti identiteettien sisältöä kerryttämällä uusia itseen liitettäviä kokemuksia ja käsityksiä, joiden pohjalta itse koetaan ja maailma nähdään hieman eri tavoin kuin aiemmin. Nykyisyys tarjoaa käsitykselle itsestä sen, mitä on tässä ja nyt. Tulevaisuus taas muokkaa käsitystä itsestä sen pohjalta, minkä kokee nykyisyyden perusteella mahdolliseksi, minkälaisessa asemassa voi esimerkiksi kuvitella olevansa viiden vuoden päästä (Lord & Hall 2005; Oyserman et al. 2012). Työyhteisössä identiteetit ohjaavat valintojen tekemistä, merkitysten muodostamista, havaitsemisen suuntaamista ja uusien kokemusten yhdistämistä jo olemassa oleviin (Oyserman 2009).

Identiteettejä, itseen liitettävien kokemusten yhteenkietoutumia, on sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä vähintään yhtä monta kuin työntekijöitä. Identiteetit huomioiva johtaminen on inhimillisen johtamisotteen yksi keskeinen ulottuvuus. Kun puhun identiteetit huomioivasta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisesta, puhun alaisten johtamisesta sellaisina ihmisinä ja oman alansa asiantuntijoina, kuin he itsensä kokevat. Johtamisen voi usein ajatella olevan alaisiin ulkokäsin suunnattua toimintaa. Painotus on yhteisissä tavoitteissa, siinä, minkä johtaja itse tietää olevan organisaation, työyksikön, ja toiminnan tarkoitus. Painotuksen siirtyessä työntekijän johtamiseen ihmisenä tie muuttuu ulkokäsin ohjatusta toiminnasta alaisen kautta tapahtuvaksi toiminnaksi. Kyseessä on työntekijän huomioiminen johtamisen keinoin sellaisena, kuin hän tuntee olevansa, hänen omine piirteineen, taipumuksineen ja ominaisuuksineen.

Tutkimustulosten mukaan johtajat ovat itse havainneet, että kehittymiseen kannustamisessa on huomioitava se, mitä alainen kokee olevansa tässä hetkessä ja mitä hän haluaisi olla. Nämä kaksi asiaa määräävät sitä, miten kehitysaskeleet kannattaa rakentaa. Millaiset motivointikeinot toimivat juuri tämän alaisen kohdalla? Mihin hän kokee pystyvänsä? Mitä hän haluaa saavuttaa suhteessa työyksikköön ja organisaatioon? Onko hänellä realistinen käsitys omasta osaamisestaan? Niitä myönteisiä kokemuksia tai ominaisuuksia, joita alainen liittää itseensä, on tutkimustulosten mukaan hyvä käyttää lähtö-

pisteinä kehittämisessä. Tutkimukseen osallistuneista johtajista osa huomautti itseensäkin viitaten, että on mukava tehdä sitä, missä on hyvä. Kun kokee hallitsevansa esimerkiksi sairaalan leikkaustoiminnan kehittämisen, ja on saanut kehittämistoiminnalla konkreettista hyötyä aikaan, kehittämistyötä jatkaa mielellään. Hyvän olon tunne itsestä motivoi tekemiseen, kehittymään edelleen ja auttaa sietämään virheitä. Kun johtaja pystyy suomaan itselleen sen, ettei uusia asioita tarvitse hallita heti täydellisesti, hän pystyy välittämään ajatusta myös alaisille. Seurauksena alainen pystyy haastamaan itseään sallien myös epäonnistumiset ilman sitä, että käsitys itsestä osaajana romuttuisi.

Tutkimusaineiston perusteella näyttää, että työntekijät ottavat herkimmin sen identiteetin, mitä tuntevat ympäristön odottavan (vrt. Day & Harrison 2007). Esimerkiksi hoitajajohtajalta ei aina odoteta hoitajajohtajana olemista. Sen sijaan tutkimukseen osallistuneista johtajista osa tunsi välillä olevansa alaisille enemmän vanhempi kuin johtaja. Tuntui, että alainen odottaa ymmärrystä yli rajojen. Johtajana ollessa tuleekin olla tarkka, ettei tahattomasti lipsahda johonkin muuhun kuin johtajan rooliin, tällöin johtaminen ei onnistu. Alaisenkaan ei voi olettaa toimivan kuin työntekijä tilanteessa, jossa johtaja ei itse koe olevansa tai käyttäydy kuin johtaja (vrt. DeRue & Ashford 2010). Yksilöllisyyden ja kokemuksellisuuden huomiointi ja ymmärtäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa eivät tarkoita, että johtajan pitäisi olla yliymmärtäväinen ystävä. Kokemuksellisuuden huomiointi tarkoittaa yksinkertaisesti ihmisten johtamista ihmisenä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa identiteettien moninaisuus on ilmeistä. Paitsi jokaisen työntekijän itseensä liittämät persoonalliset identiteetit, ihmisten väliseen vuorovaikutukseen heijastuvat monet sosiaaliset identiteetit (esim. Croft, Currie & Lockett 2015). Jaon persoonallisiin ja sosiaalisiin identiteetteihin voi tehdä sen perusteella, mitkä käsitykset, kokemukset ja arvot liitetään itseen yksilöllisenä toimijana ja mitkä käsitykset liitetään itseen johonkin sosiaaliseen ryhmään kuulumisen kautta (Virtanen 2010). Yhteisten merkitysten ja koetun todellisuuden kautta sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijä voi tuntea olevansa osa työyhteisöä, organisaatiota ja kytkeytyä toisiin ihmisiin.

Sosiaalinen identiteetti eli tiettyyn ryhmään kuulumisen tunne vaikuttaa työntekijän käsitykseen itsestään, hänen suhtautumiseensa ja käyttäytymiseensä sitä enemmän, mitä vahvemmin hän tuntee ryhmään kuuluvansa (van Knippenberg & van Schie 2000; Virtanen 2010, 192). Sosiaalisten identiteettien sisällöt työyhteisössä ovatkin keskeinen osa työyhteisön kulttuurin sekä johtamisen rakentumista ja kehittymistä. Ehkä merkittävimpänä toimintaan ja käyttäytymiseen vaikuttavana sosiaalisen identiteetin muotona voi sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä sanoa olevan ammatti-identiteetin. Erityisesti sairaalassa omaan ammattiryhmään voidaan samaistua muita sosiaalisia ryhmiä herkemmin (Croft et al. 2015; Kirpal 2004). Jotta oman toiminnan johtajana pystyy asemoimaan työyhteisöön sopivalla tavalla, tulisi tuntea paitsi työntekijöiden keskuudessa vaikuttavat sosiaaliset identiteetit, myös oman itsensä omaksumat sosiaaliset identiteetit ja niiden suhde alaisiin. Kokeeko kliinistä työtä tekevä lääkärijohtaja olevansa yksi lääkäreistä ja jos kokee, mitä se merkitsee johtajana olemiselle.

Sosiaalinen identiteetti toisaalta yhdistää ryhmään kuuluvia jäseniä ja tiivistää heidän keskinäisiä suhteitaan, mutta toisaalta erottaa ja luo etäisyyttä muihin ryhmiin. Kun ajatellaan sosiaalisten identiteettien ja erilaisten ryhmien kirjoa esimerkiksi sairaalaorganisaatiossa, lopputulos on värikäs (Syväjärvi et al. 2012). Yksi työntekijä voi tuntea kuuluvansa terveydenhuollon toimijoihin, omaan ammattikuntaansa lääkärinä tai hoitajana, oman erikoisalansa edustajiin, ja terveydenhuollon johtajiin. Tutkimusaineiston valossa näyttää siltä, että koettu tärkeys tiettyyn ryhmään kuulumisesta heijastuu usein myös toimintaan; tämän ryhmän edustajana toimitaan mieluiten, ryhmään sisältyviä arvoja omaksutaan herkimmin, ja ryhmän asenteita ja arvoja välitetään oman käyttäytymisen kautta useimmin. Ehkä jopa kääntöpuolena voi sanoa olevan muiden ryhmien taka-alalle jäämisen. Tilanne tulee ongelmalliseksi, jos organisaatio odottaa esimerkiksi kliinistä työtä tekevältä hoitajajohtajalta vahvaa johtamispanostusta, jota hoitajajohtaja ei kuitenkaan pysty antamaan, koska kokee hoitajana työskentelyn johtamistyötä tärkeämpänä. Vaikka työntekijöiden ja työn johtamisen tiedostettaisiin olevan edellytys potilastyölle, sen mieltäminen tärkeimmäksi työksi on hankalaa. Yhtenä, muissakin tutkimuksissa

(esim. Croft et al. 2015) löydettynä syynä on se, että kliinisestä työstä saadaan merkittävää emotionaalista tyydytystä johtajana työskentelyyn verrattuna, koska kliinisessä työssä ihmistä autetaan työn tekemisen hetkellä. Ensisijaisesti siis tehdään sitä, mikä koetaan tärkeimmäksi ja mistä saadaan itselle myönteisiä kokemuksia herkimmin.

Myös johtajaidentiteetistä puhutaan sosiaalisena identiteettinä. Se liittää työntekijän tiettyyn ryhmään – johtajiin – tuoden mukanaan johtajaryhmän arvot ja asenteet (Witman, Smid, Meurs & Willems 2011). Sosiaali- ja terveydenhuollossa esimiesasemassa oleva työntekijä jatkaa usein myös asiakastyötä osittaisella työpanoksella. Tällöin huomio on paitsi muiden työntekijöiden sosiaalisten identiteettien johtamisessa, myös omien ammatti- ja johtajaidentiteettien tasapainon löytämisessä. Ei ole mitään estettä sille, ettei esimiesasemassa oleva voisi muodostaa johtajaidentiteettiä, joka olisi sisällöllisesti erilainen kuin muiden johtajien sille liittämä merkitysten kokonaisuus (vrt. Koskiniemi, Perttula & Syväjärvi 2015). Johtajan on tärkeää tietää, mitkä ovat yhteiset pelisäännöt, mutta tutkimusaineiston perusteella johtamiseen on tärkeä sekoittaa myös omaa itseä ja omia persoonallisia ominaisuuksiaan. Johtamista ei vain tehdä ohjeiden mukaisesti, ainakin osittain se luodaan omalla tyylillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammatti-identiteettien onnistunut johtaminen ennemmin yhdessä kuin erikseen edellyttää myös jokaisen ammatti-identiteetin samanaikaista johtamista niiden yksilölliset piirteet huomioiden. Kriittinen piste on arvioida, kuinka paljon sosiaalisia identiteettejä erottavia tekijöitä painotetaan suhteessa niiden samanlaisuuteen. Eroavaisuuksien osoittamisella voi aina luoda hierarkkisen asetelman muodostumisen riskin, vaikkei se olisikaan johtamisessa eroavaisuuksien osoituksen tarkoitus. On ymmärrettävää, että sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien vastuulla on eri työtehtävät. Yhden ammattiryhmän toimijat vastaavat työprosessin yhdestä vaiheesta ja toisen ammattiryhmän toimijat toisesta vaiheesta. Jos koetaan, että yhden ryhmän olemassaolo on merkityksellisempi kuin toisen, merkityksellisyyteen ja arvoon liittyvä hierarkkinen asetelma alkaa muodostua. Erityisesti sairaalaorganisaatiossa vallitseva ammattikuntien ja näin ollen

ammatti-identiteettien hierarkkisuus (Morgan & Ogbonna 2008; Nugus et al. 2010) haastaa johtamista.

On olennaista kysyä, kenen näkökulmasta ja missä tilanteissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikuntien asetelma on hierarkkinen, jotta johtamisen avulla haitalliseksi koettuja valtarakenteita pysyttäisiin hävittämään. Tutkimustulosten mukaan selvää on, että hierarkkisuus kytkeytyy ennemmin ammattikuntaan ja koetun sosiaalisen identiteetin mukanaan tuomiin piirteisiin kuin yksilöön. Toisaalta on huomioitava, että yksilöt rakentavat sosiaalista identiteettiä yhdessä (Haslam et al. 2011). Olennainen osa hierarkkisia asetelmia ja niihin liittyviä tuntemuksia näyttää tutkimuksen mukaan olevan se, mitä muiden ammattikuntien jäsenten koetaan omasta ammattikunnasta ajattelevan. Inhimillisesti tehokas johtaminen -tutkimushankkeessa keräämässäni aineistossa muutama hoitajataustainen johtaja esimerkiksi koki, ettei lääkärien ammattikunta arvosta heitä yhtä paljon kuin itseään. Lääkärit eivät taas nähneet vastaavanlaisia eroja työn tai ammattikuntien arvossa. Arvohierarkia onkin tässä ennemmin omaan ammatti-identiteettiin kytkeytyvä tekijä kuin yhteisesti koettu todellisuus. Tällaiseen hierarkkisuuteen liittyy myös tulkintaa muiden ajatuksista. Eriarvoisuus on ennen kaikkea kokemus, joka ei siten vaadikaan yhteisymmärrystä. Johtajana tämä kokemus tulisi kuitenkin tunnistaa. Esimerkiksi tuomalla esille, ettei kokemus hoitajien alemmasta arvosta ole lääkärien kokemus, myös hoitajien tuntemusta eriarvoisuudesta voitaisiin lieventää.

Työyhteisö sosiaalisena todellisuutena ja kokemusten ohjaajana

Millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisön sosiaalista ulottuvuutta ja sen vaikutusta työhön liittyviin kokemuksiin tulisi ymmärtää, jotta tämä ymmärrys palvelisi parhaiten toimintaa ja johtamista. Kysymykseen on vaikea vastata tyhjentävästi. Työyhteisö käsitetään useimmiten sosiaalisena rakenteena, jossa eri yksilöt, ryhmät, komponentit, järjestykset, merkitykset, ja säännöt vaikuttavat toisiinsa. Useita ajatuksia stimuloivia, työyhteisön sosiaaliset ulottuvuudet huomioivia näkökulmia on kehitetty johtamisen toimintakentän

ymmärtämisen vahvistamiseksi. Haslam ym. (2012) katsovat onnistuneen yhdessä toimimisen kulmakiveksi yhteisön. Tämä tarkoittaa, että työyhteisössä kokemuksen ”meistä ja meidän tarpeista” tulisi olla vahvempi kuin kokemuksen ”minusta ja minun tarpeista”. Johtamisen tärkeimpänä roolina voidaankin heidän mukaansa pitää vuorovaikutuksen kehittämistä, sen kautta vaikuttamista ja tavoitteiden saavuttamista – yhdessä tekemistä. Vaikka yksilöllisyyden huomioiminen on johtamisessa tärkeää, työyhteisön voima sosiaalisena yksikkönä jaettuine kokemuksineen ja yhteenkuuluvuuden tunteineen nähdään menestymisen avaimena (Haslam ym. 2012).

Vuorovaikutuksella viittaan tässä yhteydessä paitsi yksilöiden väliseen kommunikaatioon, myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvien ryhmien, kuten eri erikoisalojen edustajien, välisiin yhteyksiin ja dynamiikkaan. Sitä vuorovaikutuksellista ja sosiaalista todellisuutta, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset toimivat, voidaan havainnollistaa neuvotellun järjestyksen teorialla (ks. Nugus et al. 2010; Saaren-Seppälä 2004; Watson 2015). Tarkastelussa hyödynnän jo klassikoksi muodostunutta Straussin (1978) teoriaa, jossa painottuvat jokaisen työntekijän vastuut sosiaalisen todellisuuden luojina. Toisaalta kyseinen teoria painottaa luodun todellisuuden merkitystä toimintaa ja kokemusta ohjaavana rakenteena. Straussin neuvotellun järjestyksen teoria tarjoaa etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden moniammatilliseen yhteistyön tarkastelulle sopivan lähtökohdan (vrt. Reeves et al. 2009; Saaren-Seppälä 2004) sen ollessa alkujaan kehitetty sairaalaympäristössä. Teoria pureutuu moniammatillisen työyhteisön toimijoiden sosiaaliseen järjestykseen, hierarkioihin sekä identiteetteihin sosiaalisina merkitys- ja sopimusjärjestelminä.

Straussin (1978) mukaan työyhteisön sosiaalinen järjestys on aina yhteisössä mukana olevien neuvottelema järjestys. Neuvottelut perustuvat neuvottelun osapuolten väliseen vuorovaikutukseen, jonka pohjalta muodostetaan sääntöjä, sopimuksia, ja ymmärrystä yhteisistä pelisäännöistä (Strauss 1978; Svensson 1996). Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisössä vallitsevia hierarkioita ylläpidetään vuorovaikutuksen avulla ja toisaalta hierarkiat tulevat näkyviksi vuorovaikutuksen kautta (vrt. Reeves et al. 2009).

Straussin teoria neuvottelun osapuolten välisistä suhteista on lähtökohdiltaan hierarkioiden olemassaoloon pohjaava ja keskittyy moniammatilliseen yhteistyöhön erityisesti sairaalaorganisaatiossa (Saaren-Seppä 2004). Tutkimusaineistosta näkyy selvästi teorian painottama sosiaalisen todellisuuden rakentuminen. Vaikka työntekijät toimivat saman organisaation sääntöjen ja ohjeiden puitteissa, kokemukset yhteisistä sosiaalisista säännöistä vaihtelevat. Esimerkiksi se, kenelle voi puhua, keneltä voi kysyä, keneltä on helppo pyytää apua, kenelle kannattaa puhua milläkin tavoin, eivät ole muodollisten säännösten ohjaamia. Sen sijaan ne ovat ennen kaikkea sosiaalisten tilanteiden ja niistä saatujen kokemusten kautta ymmärrettyjä tapoja oikein toimimisesta.

Neuvottelu voi tutkimusaineiston valossa tapahtua paitsi ammattiryhmien välillä, myös yksittäisten työntekijöiden kesken. On tilanteita, joissa oma kokemus sosiaalisen järjestyksen asettamista toimintatavoista menee formaalien ohjeistusten edelle siten, että koettu järjestys on se, minkä mukaan koetaan ja toimitaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajan tuleekin pohtia, minkälaisen kuvan hän antaa sallituista ja toivotuista käyttäytymistavoista alaisilleen. Vuorovaikutuksen tyylin ja neuvottelun sävyn johtaminen tapahtuu parhaiten neuvotteluun ja vuorovaikutukseen aktiivisesti osallistumalla (vrt. Reeves et al. 2009). Johtamisella en tässä tarkoita neuvottelun vetämistä tai sosiaalisten sopimusten sinetöimistä, vaan vaikuttamista lopputulokseen aktiivisella osallistumisella ja osallistamalla siihen myös muita. Svenssonin (1996) mukaan organisaatioiden muodollisilla säännöillä, ohjeistuksilla ja sopimuksilla voidaankin selittää vain osa työyhteisössä tapahtuvasta ja siellä luoduista vuorovaikutustavoista, työmenetelmistä ja sosiaalisista normeista. Vuorovaikutuksen kautta tapahtuvan neuvottelun merkitys ja sille jäävä tila ovat keskeisiä tekijöitä yhteisen todellisuuden rakentamisessa sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisössä (vrt. Svensson 1996).

Autenttisuuden merkitys johtamisessa

Autenttinen johtaminen positiivisena johtamisena

Autenttisen johtamisen käsite tuotiin johtamiskirjallisuuteen 2000-luvun alussa (esim. Luthans & Avolio 2003). Teoria pohjautuu hyvin pitkälti positiivisen psykologian ja positiivisen organisaatiokäyttäytymisen ajattelusuuntauksiin. Tästä johtuen teoria painottaa työntekijöiden vahvuuksia, eettistä toimintaa, myönteistä oman itsen kehittymistä sekä positiivisen työilmapiirin ja -kulttuurin merkitystä johtamisen onnistuneessa toteuttamisessa.

Tarpeen autenttisen johtamisen ajamalle positiivisuudelle ja eettiselle toiminnalle ovat luoneet 2000-luvun työyhteisöjen kohtaamat tehokkuus- ja muutospaineet ja niiden seurauksena ”oikein” toimimisen haasteellisuus jatkuvasti muovautuvassa työelämässä (Avolio & Gardner 2005; Gardner, Avolio, Luthans, May & Walumbwa 2005). Autenttisen johtamisen voi ajatella olevan positiivisia elementtejä korostavien ja niitä omaavien johtamismuotojen pohjarakenne (Avolio, Gardner, Walumbwa, Luthans & May 2004), koska painotus on johtajan oikein toimimisessa itseään kohtaan työntekijöiden hyvinvointia ja myönteistä kehitystä vahvistaen.

Ensimmäinen autenttisen johtajuuden määritelmä käsittää johtamisen monitasoisena prosessina, jossa yhdistyvät kehittynyt työympäristö ja positiivisen psykologisen pääoman neljä ulottuvuutta: toiveikkuus, optimismi, sinnikkyys ja itseluottamus (Luthans & Avolio 2003). Myös tutkimustulosten pohjalta voidaan sanoa työympäristön kehittyneisyyden määräävän sitä, miten omaa johtamista voi toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kehittyneisyys tarkoittaa esimerkiksi oman työyksikön ja työntekijöiden valmiutta kyseenalaistaa vakiintuneiden käytänteiden tarpeellisuutta sekä vastaanottaa, hyväksyä ja soveltaa uutta tietoa, joka voi olla ristiriidassa aiempien käsitysten tai työyksikön tapojen kanssa. Psykologisen pääoman ulottuvuudet näyttävät tutkimustulosten valossa vahvistavan työympäristön ja työn aktiivista kehittämistä, kuten autenttisen johtajuuden teoria antaakin olettaa (Luthans & Avolio 2003). Parhaimmillaan työntekijöiden kehittämishalu ja työyhteisön

yhteishenki motivoivat johtajaa hänen omassa työssään, jolloin hän kokee vastavuoroisesti pystyvänsä antamaan parhaan mahdollisen panoksensa johtajana yhteisten päämäärien saavuttamiseksi. Johtamisen tulee tutkimuksen mukaan olla oman organisaation ja työyksikön toimintakulttuuriin sopivaa ja siihen mukautuvaa, mutta toisaalta myös johtamis- ja toimintakäytänteiden muutostarpeita havaitsevaa ja siten työyhteisöä kehittävää.

Autenttisen johtamisen prosessina käsittäneen teorian jälkeen sen sisältöä on muotoiltu ja kehitetty monin toisistaan poikkeavin tavoin (Avolio, Walumbwa & Weber 2009; Gardner et al. 2005; Walumbwa et al. 2008). Vaikka eri tutkijat painottavat eri näkökulmia, kaikkien positiiviseen psykologiaan pohjautuvien autenttisen johtajuuden teorioiden syvimpänä lähtökohtana on johtajan aitous ja tämän oman itsen aitouden välittäminen toimintaan: autenttinen johtaja toimii omien arvojensa ja näkemystensä mukaisesti, pysyy aitona itsenään ja rehellisenä itselleen ympäristön paineista, epävarmuudesta ja odotuksista huolimatta. Olennaisinta on, että hän kokee toteuttavansa aitoa itseään. Teorian taustalla lienee ajatus, että 2000-luvun muutospyörityksessä johtaja kadottaa aiempaa herkemmin sen, mitä hän on, minkä hän kokee oikeaksi, mitä hän haluaa työllään saavuttaa, ja minkälainen ihminen hän haluaa työyhteisössä olla. Myös tutkimustulokset tukevat tätä ajatusta. Tutkimukseen osallistuneista johtajista monet kokivat jatkuvan muutoksen ja kehittämishankkeiden paljouden terveydenhuollossa uuvuttavaksi, vaikka ymmärsivät niiden tarpeellisuuden. Joidenkin mielestä esimerkiksi kehittämishankkeiden paljous vie sekä huomiota että resursseja yhä kauemmas ydintehtävästä eli asiakastyön tekemisestä tässä ja nyt. Asiakastyö taas on useimmiten juuri se, mitä varten tutkimukseen osallistuneet johtajatkin haluavat työtään tehdä. Toisaalta silloin kun oman kehittämistyön koettiin aidosti tuottavan hyötyä asiakkaalle, oma työ koettiin merkitykselliseksi ja oikeanlaiseksi, itselle sopivaksi. Positiivisen autenttisen johtamisen ajatus pyrkii säilyttämään oman itsen merkityksen maailmassa, jossa tulee toimia pitkälti ympäristön asettamien vaatimusten pohjalta.

Walumbwa ym. (2008) kehittivät laajaan tutkimukseen pohjaavan teorian autenttisesta johtajuudesta, jonka voidaan sanoa olevan vakiintunein käsitys

teorian sisällöstä (Avolio et al. 2009). Sisältö muodostuu neljästä ulottuvuudesta, joiden kaikkien ajatellaan mittaavaan yhdessä autenttisuutta johtamisessa. Ulottuvuudet ovat itsetietoisuus (*self-awareness*), tasapuolinen tiedon prosessointi (*balanced prosessing*), sisäistetty moraali (*internalized moral perspective*) ja läpinäkyvyys ihmissuhteissa (*relational transparency*) (Walumbwa ym. 2008). Koska teorian ihmiskäsitys nojaa pitkälti humanismiin (Ladkin & Taylor 2010; O'Connell 2014) ja sen mukanaan tuomaan käsitykseen ihmisen hyvyydestä, autenttisen johtajuuden sisällöllisesti myönteiset ulottuvuudet oletetaan toteutuvan kun johtaja toimii aidon itsensä mukaisesti, siis autenttisesti.

Itsetietoisuus on kykyä ymmärtää omia heikkouksia, vahvuuksia ja omaa yksilöllistä tapaa tulkita ympäröivää maailmaa. Se on myös oman itsen eri puolien ymmärtämistä, mikä tarkoittaa esimerkiksi avoimuuden ja sulkeutuneisuuden tunnistamista ja tiedostamista itsessä eri vuorovaikutustilanteissa (Avolio et al. 2009; Walumbwa et al. 2008). Itsetietoisuuden merkitys johtamisessa nousee tutkimusaineistosta vahvasti esille. Johtajan pyrkimys olla tietoinen omasta toiminnastaan ja sen vaikutuksista alaisiin syntyy muun muassa siitä, että hän tunnistaa oman käytöksensä vaikuttavan välillisesti asiakkaisiin alaisten tehdessä asiakastyötä. Johtajaksi kehittyminen ja oman johtajuuden rakentaminen taas näyttää edellyttävän tietoisuutta omista piirteistä ja käyttäytymistavoista suhteessa siihen, mitä johtajalta koetaan odotettavan. Vastauksen antaminen itselle kysymykseen "Onko minusta johtajaksi?" vaatii rehellistä omien ominaisuuksien tutkimista, mutta erityisesti itsensä kehittämisen halun tai haluttomuuden tunnistamista. Itsetietoisuuden laukaisee käytännössä usein ympäristöstä saatu tai sanattomasti poimittu palaute. Vahvuuksien, heikkouksien ja oman itsen eri puolien ymmärtämistä ja havaitsemista on mahdotonta tehdä ilman tilanteita, joissa ne tulevat itselle esille.

Tasapuolinen tiedon prosessointi on objektiivista tiedonkäsittelyä siten, että päätöksenteossa huomioidaan kaikki päätöksen kannalta olennainen tieto. Tasapuolisesti tietoa käsittelevä johtaja haluaa kuulla muiden näkemyksiä ja kyseenalaistaa omia käsityksiään, ajatuksiaan ja mielipiteitään. Jotta oman ajattelutavan ja näkemysten haastaminen onnistuisi, johtajan tulee hyväksyä

itsessään tasapuolisesti niin positiiviset kuin negatiiviset piirteet – sellaiset, joita hän haluaakin käsitykseen itsestään yhdistää, mutta myös sellaiset piirteet, joita hänellä on, vaikkei niitä itseensä varsinaisesti yhdistää haluaisikaan (Avolio et al. 2009; Walumbwa et al. 2008). Tutkimustulosten mukaan tasapuolinen tiedon prosessointi tulee eri tavalla läsnä olevaksi esimerkiksi sairaalassa potilaan hoitoon liittyvissä, nopeasti tehtävissä päätöksissä kuin ajan ja muiden työntekijöiden kanssa yhteistyössä tehtävässä budjetin laadinnassa. Päätöksiä tulee tehdä kussakin hetkessä saatavilla olevan tiedon pohjalta mutta on epäinhimillistä olettaa, että johtajalla olisi käytettävissä varmuudella kaikki päätöksen kannalta olennainen tieto. Päätöksen tekeminen ja tiedon tarve tulee suhteuttaa tilanteeseen siten, että mahdollisen virhearvion ja väärän päätöksen sattuessa tehty päätös on perusteltavissa tilanteen erityispiirteillä ja sen asettamilla rajoilla. Kriittisessä tilassa, tehohoidossa olevan potilaan hoitopäätös tehdään niin nopeasti kuin voidaan. Tällöin päätöksen tekijän tehtävä on, tilanteeseen suhteutettuna, arvioida nopeasti riittävän tiedon määrä päätöksen tekemiseksi. Tilanteessa tulee tiedostaa myös päätöksen viivyttämisen seuraukset. Näin ollen tiedon käyttöä ja päätöksentekoa voi käytännössä aidosti ymmärtää vain suhteessa päätöksentekotilanteeseen.

Sisäistetty moraali viittaa aidon itsen mukaan käyttäytymiseen. Näin ollen autenttisen johtajan toiminta ja hänen tekemänsä päätökset ovat vahvasti kytköksissä hänen moraalisiin arvoihinsa. Autenttisesti toimiva johtaja ei tee päätöksiä miellyttääkseen muita (Avolio et al. 2009; Walumbwa et al. 2008) Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kytkeytyy tiiviisti monia asiakastyötä ohjaavia, ihmisyyden kunnioittamiseen ja hyvään elämään liittyviä arvoja. Tutkimustulosten mukaan johtajat ovat omaksuneet asiakastyöhön liittyvät arvot ja niitä mielellään toteuttavat työssään. Ongelma syntyy, kun esimerkiksi taloudelliset resurssit tai valtuudet eivät riitä sellaiseen toimintaan, mikä koettaisiin oikeaksi ja parhaaksi asiakkaiden näkökulmasta. Työelämän realiteetit asettavat väistämättä rajoja.

Läpinäkyvyys ihmissuhteissa toteutuu, kun johtaja esittää aidon puolen itsestään muille jakamalla avoimesti tietoa ja omia näkemyksiään tilanteeseen sopivalla tavalla. Kyseisen käyttäytymistyylin nähdään vahvistavan luotta-

muksellisten suhteiden rakentumista (Avolio et al. 2009; Walumbwa et al. 2008). Tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että luottamukselliset välit tekevät omien näkemysten esiintuomisesta mahdollista siten, että näkemysten ilmaisulla tähdätään toiminnan kehittämiseen yhdessä. Onnistunut yhteistyö taas vahvistaa luottamusta. Epäluottamuksen vallitessa toisen osapuolen kyky ja halu yhteistyöhön kyseenalaistetaan. Tutkimukseen osallistuneet johtajat eivät kokeneet tiedon jakamisessa ja omien ajatusten esiintuomisessa suurempia ongelmia alaisten suuntaan, mutta toisinaan kokivat näitä ongelmia suhteissa muihin johtajiin. Johtajat mainitsivat, etteivät toisissa yksiköissä tai eri ammattikunnissa työskentelevät johtajat tuntuneet aina ymmärtävän tai haluavan ymmärtää heitä. Tällöin tuleekin pohtia, olivatko he itse tuoneet omat mielipiteensä ja näkemyksensä esille toista kunnioittavalla tavalla, ja ymmärsivätkö he toisen osapuolen risteävän näkemyksen. Omien näkemysten, ajatusten ja tietojen kertominen erilaisissa työyhteisön suhteissa on kuitenkin vahvasti kytköksissä siihen, minkälaisen hyödyn kertomisella kokee olevan.

Kaikki positiivis-autenttisen johtamisen ulottuvuudet ovat tutkimusaineiston mukaan ilmiöinä läsnä johtajan arjessa, mutta niiden toteutuminen ei ole yksiselitteistä. Teorian pyrkimys hyvään on kiistämätön, mutta sen sisältö on melko idealistinen ja johtajakeskeinen. Johtajakeskeisyydellä tarkoitan tässä autenttisen johtamisen teorioiden taipumusta painottaa johtajan käytöstä, kokemuksia, piirteitä ja johtajan vaikutusta alaiseen ennemmin kuin alaisen vaikutusta johtajaan. Alaisten ominaisuudet ja kokemukset seuraavat teoriassa usein johtajan toimintaa autenttisen johtamisen ollessa lähtökohtaisesti johtajan itsensä luomaa. On kuitenkin huomioitava, että suhteellisuus on merkittävässä roolissa kaikenlaisessa ihmisten johtamisessa (esim. Shamir & Eilam 2005). Koska ihmisten johtamista tai johtajaa tuskin voi olla ilman alaisia, suhteellisuuden huomioiminen johtamistoiminnassa on ensiarvoisen tärkeää. Kun suhteissa oleminen korostuu, keskiössä on johtajan toiminnan painottamisen sijasta johtajan ja alaisen vuorovaikutus autenttisen johtamisen kehittymisessä ja toteuttamisessa. Tällöin huomioidaan sekä johtajan kokemus omasta itsestään että alaisen kokemus siitä, miten johtaja tuo omaa itseään esille.

Autenttisen johtamisen teorian yksi keskeinen piirre on sen mittaamiseen kehitetty mittari. On perusteltua, että organisaatiossa tietoa tulee kerätä, koota ja hyödyntää toiminnan kehittämiseksi ja tehostamiseksi. Johtaminen on yksi keskeinen tekijä toiminnan kehittämisessä, minkä vuoksi senkin hyvyyden mittaaminen on ymmärrettävää. Autenttisen johtamisen teorian johtavat tutkijat (Walumbwa ym. 2008) ovat kehittäneet autenttisuutta johtamisessa mittaavan 16 kysymyksestä koostuvan kyselylomakkeen (ks. Northouse 2013). Lomakkeessa kuhunkin autenttisen johtamisen ulottuvuuteen (itsetietoisuus, tasapuolinen tiedon prosessointi, sisäistetty moraali, läpinäkyvyys ihmissuhteissa) on kohdennettu neljä kysymystä. Kysymykset on pisteytetty asteikolla 1 (vahvasti eri mieltä) – 5 (vahvasti samaa mieltä); mitä suurempi summa, sitä autenttisempi johtaja. Lomakkeen voi sanoa olevan suuntaa antava, mutta totuuteen se tuskin yltää. Kysymyslomakkeen ja autenttisen johtamisen teorian lähtökohtana on, että autenttisuuteen pyrkiminen on tavoiteltavaa, koska autenttinen johtaminen on sisällöllisesti hyvää johtajuutta. Kuitenkaan omien tunteiden avoin jakaminen, omien arvojen mukaan toiminen, tai oman itsen aidon puolen esittäminen ei välttämättä ole hyväksi aina kaikissa käytännön työelämän tilanteissa. Autenttisen johtamisen arviointilomake ei otakaan huomioon sen kehittäjien mukaan käytännön työelämään liittyviä tilannesidonnaisia tekijöitä (Walumbwa et al., 2008, 118), jotka ovat tutkimusaineiston valossa merkittävä osa johtamisen onnistumista. Se, mikä olisi moraalista toimintaa johtajan näkökulmasta, ei välttämättä ole hyvää johtajuutta kaikissa tilanteissa kaikista näkökulmista. Toimintakenttää, muita ihmisiä, sääntöjä ja rajoituksia ei voida sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa jättää huomioimatta, eikä niiden huomiotta jättämisen voisikaan sanoa olevan hyvästä. Näin on siitä huolimatta, että ulkoiset rajoitukset saattavat estää johtajaa olemasta ja toimimasta oman itsensä ja omien arvojensa mukaisesti.

Kriittinen näkökulma positiivis-autenttiseen johtajuuteen

Positiiviset johtamisteoriat saavat hyvin usein vastareaktioita ja kritiikkiä, eikä positiiviseen psykologiaan pohjaava autenttisen johtajuuden teoria ole

poikkeus (ks. esim. Algera & Lips-Wiersma 2012). Miksi kriittisiä näkökulmia esitetään? Mitä pahaa positiivisuudessa on? Kyse ei luultavimminkaan ole itsessään positiivisen ajattelutavan moittimisesta tai myönteisiä lähestymistapoja painottavien teorioiden huonoudesta. Ajattelen autenttisen johtamisen teoriaan kohdistetun kritiikin ydintavoitteena olevan ennemminkin liian täydellisen, miltei mahdottoman, teoreettisen johtamistyylin inhimillistäminen. Kriittisiä näkökulmia ei tulisi nähdä negatiivisina, kuten ei myöskään kritiikin kohteena olevaa käsitystä. Sen sijaan ne ovat toisiaan täydentäviä lähestyessään samaa ilmiötä tai asiaa eri näkökulmista, jolloin tarkastelun kohteena olevasta asiasta on mahdollista saavuttaa kokonaisvaltaisempi ymmärrys ja käytännön sovellettavuus. On kuitenkin olemassa useita, esimerkiksi juuri sosiaali- tai terveydenhuoltoon kohdennettuja teorioita (esim. Strauss 1978), joiden kehittäminen on tapahtunut alan ominaispiirteet huomioiden. Teorioita, jotka eivät ole kohdennettuja millekään tietylle alalle, tulee miltei aina tarkastella suhteessa toimintaympäristöön ennen niiden viemistä käytäntöön. Positiivis-autenttisen johtamisen teoria tarjoaa ajattelemisen aihetta ja yhden peilipinnan oman johtamistoiminnan reflektointiin ja kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Realistisempaa, kriittistä otetta autenttisen johtamisen teoriaan on tuotu tarkastelemalla autenttisuutta johtamisessa eksistentialistisista lähtökohdista (esim. Algera & Lips-Wiersma 2012). Eksistentialismin edustajista Martin Heideggerin ja Jean Paul Sartren ajattelusuuntaukset ovat olleet vahvimmin edustettuina autenttis-positiiviselle johtajuudelle annetussa kritiikissä. Kriittisen näkökulman ottaneet tutkijat (esim. Algera & Lips-Wiersma 2012; Koskiniemi, Perttula & Syväjärvi 2015; Lawler & Ashman 2012) tarkastelevat autenttisuutta johtajan suhteessa maailmaan eli sitä, miten autenttisuus voi toteutua niissä suhteissa ja tilanteissa, joissa työntekijät työyhteisössä ovat. Lähtökohtana eksistentialistisessa autenttisuudessa on johtajan ja hänen ympäristönsä väistämätön vastavuoroinen suhde toisiinsa (vrt. Heidegger 1962). Positiivisessa autenttisen johtajuuden teoriassa taas painotetaan ennemmin johtajan vaikutusta ympäristöönsä kuin ympäristön vaikutusta johtajaan – suhde ei ole tasavertainen.

Eksistentialismi korostaa paitsi aitoa suhdetta itseen, omiin kokemuksiin, omiin arvoihin ja näiden välittämistä muille, myös ympäristön merkitystä siinä, miten omaa itseä ja omia arvoja voi muille välittää ja näyttää. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöön vietynä johtajan ei siis oletetakaan olevan aina ylivertainen alaisiinsa nähden ja autenttisella käyttäytymisellä vain parantavan alaisten ja työyhteisön oloja. Tutkimustulosten mukaan johtajana tiedostetaan hyvin se, että alaiset voivat tuntea esimerkiksi oman alansa kliinisen työn johtajaa paremmin. Tämän seurauksena alaisilla voi olla erittäin hyviä työn arvoa, laatua, tai tehokkuutta lisääviä kehittämisideoita, joita kliinisestä työstä kauempana oleva johtaja ei välttämättä huomaisikaan. Tutkimustulosten pohjalta voi päätellä, ettei johtajana voida nostaa itseä ylivertaiseen asemaan alaisiin nähden, koska ylivertaisuuden lähdettä ei ole. Lähteenä voisi periaatteessa toimia ylivertainen kliinisen työn osaaminen kaikkiin muihin työntekijöihin nähden, mutta tällaista muiden osaamisen arvoa laskevaa huippuosaamista itsen ei koeta omaavan. Sen sijaan muillakin työntekijöillä nähdään olevan oma erityinen osaamisalue.

Eksistentialistinen ihmiskäsitys poikkeaa positiivisen autenttisen johtajuuden ihmiskäsityksestä huomattavasti: siinä missä positiivinen, humanismiin ja essentialismiin pohjaava teoria ymmärtäisi sosiaali- ja terveydenhuollon johtajan ihmisenä lähtökohtaisesti ja automaattisesti hyvänä ja hyvään pyrkivänä, kriittinen näkökulma ymmärtää johtajan ihmisyyden muodostuvan vasta suhteessa juuri sosiaali- ja terveydenhuollon työympäristöön (vrt. Heidegger 1962; Perttula 2012). Ennalta ei voida sanoa johtajan olevan ihmisenä hyvä tai paha. Johtajan ja alaisten voidaan ainoastaan sanoa olevan ainutlaatuisia yksilöitä, joiden oma itse tai identiteetit muodostuvat yksilöllisyyden ja muihin ihmisiin kietoutumisen yhdistelmästä (Perttula 2012, 137). Itselle ei ole oletettu mitään oikeaa sisältöä ennen kuin johtaja alkaa sitä itse muovata elämällä johtajana työyhteisössä.

Eksistentialistista autenttisuutta on sovellettu johtamiseen juuri siksi, että autenttisuuden tavoittelu on pyritty tekemään aiempaa mahdollisemmaksi (Algera & Lips-Wiersma 2012). Keskeisenä ajatuksena on, että myös alaiset voivat toteuttaa autenttista itseään tasavertaisesti johtajan kanssa eivätkä ole

yksilöllisyytensä ja autenttisen itsensä löytämisessä ja rakentamisessa välttämättä riippuvaisia johtajasta samalla tavalla kuin eivät ole johtajatkaan alaisista. Algera ja Lips-Wiersma (2012) ovat huomioineet neljä keskeistä näkökulmien eroa positiivisen ja kriittisen, eksistentialistisen autenttisen johtajuuden välillä. Käsittelen etenkin eksistentialistisen lähestymistavan pääideoita sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen näkökulmasta tutkimusaineistosta nousseita näkemyksiä hyödyntäen.

Autenttisuuden luonne: Eksistentialismi pitää epäautenttisuutta väistämättömänä ja luonnollisesti ihmisyyteen kuuluvana. Johtajat siis eivät voi olla autenttisia suhteessa kaikkiin työntekijöihin kaikissa tilanteissa kaiken aikaa, koska käytännön työelämä ja sen realiteetit tukevat ennemmin epäautenttista kuin autenttista käyttäytymistä. Tämä tarkoittaisi esimerkiksi sitä, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisössä ole ensisijaisena periaatteena tukea alaisten henkilökohtaisten arvojen ja näkemysten toteuttamista työssä siten, ettei sen tukemisessa oteta huomioon yhdessä sovittuja pelisääntöjä, rajoittavia ja työtä yhteen kokoavia käytäntöjä ja sääntöjä. Epäautenttisuus kumpuaa juuri työelämän realiteettien kohtaamisesta, jotka pakottavat toimimaan joskus myös omia arvoja ja perusteltujakin mielipiteitä vastaan. Epämiellyttävää epäautenttisuuden voi sanoa olevan vain, jos toiminta tuntuu ihmisestä itsestään epämiellyttävältä. Epäautenttisuuden, itseään vastaan toimimisen, ei siitä huolimatta voida sanoa olevan sisällöltään negatiivista, positiivista tai minkään tietynlaista. Positiivis-autenttinen teoria taas painottaa autenttisen johtajan positiivisia ominaisuuksia ja ymmärtää autenttisuudenkin pysyvänä, tavoiteltavana, myönteisenä ominaisuutena, joka kumpuaa johtajan aidosta itsestä.

Tutkimukseen osallistuneet johtajat pitävät johtajan rooliinsa sisällytettynä sen, ettei ole oikein eikä suotavaa tuoda omia henkilökohtaisia näkemyksiä tai tuntemuksia esille aina. Kaikissa tilanteissa on tavoiteltavaa ottaa huomioon konteksti ja siinä osalliset ihmiset; asiakkaat ja muut työntekijät oman työnsä asiantuntijoina. Tästä huolimatta vahvojen ammattikuntien ja konkreettisen työn johtaminen nähdään ainakin osittain itsensä toteuttamisena ja itsensä likoon laittamisena. Tästä seuraa ajatus, ettei johtamistyö sovi kaikille

eivätkä kaikki siihen pysty. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen ei vaikuta olevan työ, jonka voi oppia omista yksilöllisistä identiteeteistä ja olemuksesta riippumatta siitäkään huolimatta, että monia työtehtäviä voi opetella. Tutkimustulos tarjoaa mielenkiintoisen näkökulman esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiskoulutuksiin, joissa päätavoitteena kuitenkin on opettaa juuri johtamista johtajaksi tavoitteleville tai johtajana työskenteleville. On kenties syytä erottaa toisistaan konkreettisten työtehtävien suorittamisen osaaminen, esimerkiksi työvuorolistojen teko, ja ihmisten johtaminen siltä osin, kuin se vaatii jokapäiväisen käyttäytymisen kautta välittyvää nöyryyttä, kanssaelämistä, inhimillisyyttä, mutta myös määrätietoisuutta, päättäväisyyttä, jämäkkyyttä. Konkreettiset työtehtävät voi opettaa alusta loppuun ulkoakäsin, jokapäiväisen käytöksen kautta tapahtuva johtajuus taas lähtee ennemmin itsestä ihmisenä. Merkittävä seikka on se, miten omia ominaisuuksia ja käyttäytymistaipumuksia osaa ja uskaltaa tuoda esille johtajana siten, että ottaa samalla huomioon tilanteen asettamat sosiaaliset ehdot ja rajat. On tärkeää tunnistaa rehellisesti oma kokemus, mutta järkevää joskus rajoittaa sen ulostuontia.

Merkityksen luominen: Eksistentialistinen ajatussuuntaus korostaa jokaisen työntekijän yksilöllisyyttä ja vastuuta oman elämän merkityksellisyyden luomisesta. Jokainen työntekijä on kykenevä löytämään ja hyödyntämään omia vahvuuksiaan, potentiaaliaan, ja työnsä merkitykselliseksi tekeviä seikkoja. Autenttisuus rinnastetaan merkityksellisyyden luomiseen oman yksilöllisyyden rakentamisen kautta. Positiivis-autenttinen teoria taas olettaa johtajan voivan vaikuttaa alaisten autenttisuuteen ja työn merkityksellisyyteen, koska johtaja tietää, millaiset asiat ovat merkityksellisiä. Alaisten ajatellaan tarvitsevan neuvoja ja ohjausta omien arvojen, uskomusten, ja tärkeiden asioiden löytämisessä. Teoriaan liittyy ”yleinen hyvä”, johon kaikki pyrkivät. Se on rinnastettavissa ihanteiden johtamiseen ja ihanteita kohti johtamiseen. Johtaja tietää, minkälaisia ihmisiä johtamisen tulee tuottaa. Tällöin johtaminen perustuu ihmisyyden yleisiin ihanteisiin, joista johtaja on selvillä ja hänen tehtävänään on saada välitettyä ne myös työntekijöille (Perttula 2012, 128–130).

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajan tehtävä on eksistentialistisesta näkökulmasta ohjata mutta antaa vapautta. Johtajan tehtävä on auttaa jokaista alaista löytämään rohkeus kokeilla, valita aiemmasta poikkeavalla tavalla, tunnustella uusia vaihtoehtoja, yrittää ja pettyä ja kokeilla uudestaan. Se on alaisen tukemista oman yksilöllisyytensä muodostamisessa. Tutkimukseen osallistuneet johtajat pyrkivät eksistentialismin sävyttämään suuntaan johtamisessa. Pääajatuksena on, että alaiset ovat aikuisia ihmisiä. Täten heiltä voi ja pitää odottaa itsenäistä ajattelua, oma-aloitteisuutta ja päätöksentekokykyä. Pohdinnan kohteena on, mikä määrä vapautta on sopiva ja miten vapautta uskaltaa antaa. Tästä jokainen johtaja voi päättää vain itse omat alaisensa ja toimintaympäristön tuntien. Tutkimukseen osallistuneet johtajat painottivat paitsi alaistensa tuntemisen tärkeyttä, myös alaisten tekemän työn tuntemista ja sen luonteen ymmärtämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa luottamus muita työntekijöitä kohtaan, heidän asiantuntijuuden ja erityisosaamisen arvostaminen on ensiarvoisen tärkeää. Keskeistä tutkimuksen mukaan on tiedostaa, ettei johtajana välttämättä tiedä parhaiten kaikkea konkreettiseen asiakastyöhön liittyvää, eikä tarvitsekaan. Kuitenkin tulisi ymmärtää, millaista työtä alaiset tekevät, jotta johtamisen pystyy toteuttamaan työtä tukevasti.

Tavoitteiden, päämäärien ja arvojen yhdenmukaisuus: Alaisten, johtajan ja organisaation päämäärät ja arvot eivät ole välttämättä yhdenmukaisia eksistentialistisista näkökulmista tarkasteltuna. Ottaen huomioon yksilöllisyyden ja jokaisen työntekijän ainutlaatuiset tavat rakentaa ja elää elämää työyhteisössä yksilöllisine historioineen päämäärien ja arvojen vaihtelevuus eri työntekijöiden kesken on jopa todennäköistä. Positiivis-autenttisen johtamisteorian oletuksena on, että autenttisuus johtaa samoihin arvoihin ja päämääriin organisaation, johtajan ja alaisten välillä. Koska kyseessä on yleisten ihanteiden ja arvojen välittäminen alaisille, onnistuessaan absoluuttisesti autenttinen johtajuus kietoisi organisaation ja sen työntekijät saumattomasti yhteen.

Tutkimustulokset viestivät, etteivät sosiaali- tai terveydenhuollon organisaation arvot välttämättä tarkoita siinä toimivan johtajan arvoja, eikä johtajan ominaisuuksien tarvitse siirtyä alaisille. Yhteisen päämäärän eli asiakastyön toteutuksen hyvin ja laadukkaasti johtajat sen sijaan kokevat yhteisenä, kes-

keisimpänä tavoitteena ja arvona. Siihen he ovat itse sitoutuneita, ja odottavat myös muiden työntekijöiden olevan. Kuitenkaan henkilökohtaisten tavoitteiden tai päämäärien ei tarvitse olla yhteneviä, vaan ne saavat syntyä henkilön omista intresseistä. Esimerkiksi johtajaksi pääseminen ja johtajana kehittyminen ovat henkilökohtaisia tavoitteita, joita kollega kliinisen työn puolelta ei missään nimessä tavoittelisi, eikä tarvitsekaan – hänellä on omat tavoitteensa.

Autenttisuuden eettisyys: Eksistentialismi ei ota kantaa autenttisuudesta seuraavaan eettisyyteen työntekijöiden luonteenpiirteissä tai tavoitteissa. Autenttisesti käyttäytyvä tai kokeva johtaja ei eksistentialismista käsin katsottuna ole sen moraalisempi kuin epäautenttisesti käyttäytyvä. Autenttisen johtajan ei voi yleistää toimivan eettisesti oikeiden tai hyvien arvojen pohjalta, koska hän toimii yksinkertaisesti oman yksilöllisyytensä mukaisesti. Positiivinen autenttisen johtajuuden teoria sisältää ajatuksen autenttisen johtajan korkeasta moraalista ja hyväntahtoisuudesta epäautenttiseen verrattuna. Autenttisuus tuottaa siis väistämättä hyvää, itsen ja muiden kannalta oikeanalaista käyttäytymistä. Vaikka positiivis-autenttisen johtamisen tavoite on hyvä; auttaa alaisia löytämään itsensä ja oikeanlaiset, merkitykselliset tavoitteet, merkityksellisyyden ja itsensä löytämisen arviointi osoittautuu problemaattiseksi. Teoria antaa ymmärtää, että koska johtaja tietää parhaiten hyvät, oikeat arvot, hän myös pystyy arvioimaan alaisten autenttisuutta pätevimmin. Eksistentialistis-kokemuksellinen lähestymistapa taas herättää kysymyksen, pystyykö oman itsen mukaan käyttäytymistä ja itsensä toteuttamista arvioimaan osuvammin kukaan muu kuin henkilö itse?

Sosiaali- ja terveydenhuollossa eettisyys on hyvin keskeisessä roolissa, mikä tuli esille myös tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneet tavoittelivat kaikessa työssä eettisesti oikein toimimista, mutta selvimmin se tuli esille asiakastyön kohdalla. Asiakkaan tilanteen parantaminen on työn ydin, koska yleensä asiakas kohdataan vain silloin, kun hänellä on jokin hätä. Asiakkaan tilanteen parantaminen taas on itsessään hyvää ja moraalisesti oikein. Näin oikein toimiminen on kytkettynä asiakastyöhön välttämättä ja ehdottomasti. Tutkimusaineiston valossa voi sanoa moraalisesti oikein toimimisen olevan jotain, johon sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijä on taipuvainen pyrkimään pel-

kästään sen vuoksi, että on ihminen. Olisi kuitenkin mahdotonta sanoa, pyrkiikö työntekijä tai pyrkiikö ihminen yleensä toimimaan moraalisesti oikein ensisijaisesti sen vuoksi, että se tuottaa itselle hyvää mieltä vai aidosti yksinomaan sen vuoksi, että toiminta koetaan moraalisesti oikeaksi ja se tuottaa muille hyvää. Oman toiminnan arviointi voi olla hyvin hankalaa myös itselle. Halu auttaa asiakasta ja saada hyvää aikaan omalla työllä, toimia moraalisesti oikein, nousee joka tapauksessa näkyvästi esille tutkimusaineistosta. Kyseessä näyttää olevan autenttinen, itsestä kumpuava halu ja sen mukainen toiminta.

Diskussio

Tämän luvun tutkimuskysymyksenä oli *Millä tavoin kokemuksellisuuden ja autenttisuuden ymmärtäminen tukevat johtamista sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisissa työyhteisöissä*? Luvussa kävin läpi kokemusten ja kokemuksellisuuden lähtökohtia ja syntyä, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen kohteina olevia, yksilöllisistä ja jaetuista kokemuksista muodostuneita identiteettejä. Lisäksi tarkastelin sitä sosiaalisesti rakentunutta todellisuutta, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät toimivat sosiaalisen järjestyksen näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöjen sosiaalinen todellisuus on siinä olevien ihmisten rakentama, muovaama, ja ylläpitämä. Jokainen yksilö vaikuttaa työyhteisön sosiaalisiin sopimuksiin, sääntöihin, vuorovaikutukseen, ja ilmapiiriin oman kokemustaustansa pohjalta. Kokemustaustojen subjektiivisuus asettaakin johtamiselle yksilöllisyyden huomioimisen ja yksilöllisyyden tunnistamisen tavoitteen, jotta yksilöiden johtaminen osana työyhteisöä onnistuisi inhimillisesti mutta tehokkaasti. Kokemuksellisuutta fenomenologisen psykologian näkökulmasta ei ole juuri tarkasteltu työyhteisön osana. Usein tutkitaan kokemusta jostakin, mutta ei itsessään sitä, mitä kokemukset ja kokemuksellisuus johtamisen ja työyhteisön kannalta tarkoittavat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen yhdeksi erityiseksi kohteeksi nostin jaettujen kokemusten johtamisen ammatti-identiteettien johtamisen muodossa. Vahvojen ammatti-identiteettien ja niihin kiinnittyvän johtamisen on

tutkimuksissa nähty olevan sosiaali- ja terveydenhuollolle tyypillinen ominaisuus (Bronson & Ellison, painossa; Heikka 2008). Jaetut kokemukset ammatti-identiteettien sisällä yhdistävät, mutta alaan kuuluvan moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta ne voivat aiheuttaa ongelmia ja ristiriitoja (Koskiniemi et al., 2015) esimerkiksi vallan käytössä (Nugus et al. 2010) ja tiedon jakamisessa (Ferlie, Fitzgerald, Wood & Hawkins 2005). Johtajan on olennaista kysyä, kenen näkökulmasta ongelmia koetaan. Kokemus ongelmasta ei välttämättä ole jaettu, vaikka toinen osapuoli siten olettaa. Vahvojen ammatti-identiteettien mukanaan tuomat ongelmat ovat kiinni kulttuurissa, työntekijöiden yksilöllisissä, yhteisissä, ja opituissa toiminta- ja ajattelutavoissa. Tähän havahtuminen on avainasia, koska havahtumisen jälkeen nykyistä sosiaalista todellisuutta ja siellä tapahtuvaa kokemista voi alkaa muovata uusiksi.

Myönteisten kokemusten merkitystä itsensä ja yhteistyön kehittämisessä ei voi sivuuttaa. Erityisesti jaetut myönteiset kokemukset voivat toimia kuin liimana sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden, ammattikuntien, ja työyhteisöjen välillä. Myönteisen, alaisten vahvuuksiin, yhteisiin onnistumisiin keskittyvän johtamisotteen on todettu lisäävän esimerkiksi työtyytyväisyyttä (Cerne et al. 2014) ja tehokkuutta (Leroy et al. 2015). Johtajasta itsestään on kiinni, miten hän jaetuista, myönteisistä kokemuksista alaisille viestii, havaitsee heidän reaktion, ja osaa tarvittaessa muuttaa omaa viestintätapaansa. Kun myönteisiä kokemuksia pidetään tavoiteltavina, itsereflektoinnin paikka on kysymyksessä ”Kokeeko sosiaali- ja terveysalalla työskentelevä johtaja itse oman työnsä tyydyttävänä? Jos ei, mitä hän tekee asialle?” Voiko alaisilta odottaa innostuneisuutta ja itsensä kehittämisen intoa, jos johtaja ei itsekään niitä koe?

Autenttisuutta osana johtamistyötä tarkastelin kahdesta eri näkökulmasta. Johtajuustutkimuksen valtavirtaan kuuluvan positiivisen autenttisen johtajuuden (ks. Walumbwa et al. 2008) rinnalla käsittelin kriittistä, eksistentialistis-kokemuksellista näkökulmaa autenttisuuteen. Positiivis-autenttisen johtamisen teoriassa on sisällöllistä ristiriitaisuutta. Se asettaa tavoiteltavaksi johtajan autenttisuuden, aidon itsen mukaisen kokemisen ja käyttäytymisen. Samaan aikaan teoria toteaa neljä autenttisen johtajuuden ulottuvuutta, jot-

ka ovat tavoiteltavia niiden mitatessa autenttisuutta. Aidon itsen sisällölle siis määritellään neljä osaa, sen ei anneta määrittyä johtajan itsensä kautta. Tähän mennessä autenttisen johtajuuden tutkimus on keskittynyt siihen, minkälaisia vaikutuksia positiivisen autenttisen johtajuuden neljällä ulottuvuudella on alaisiin ja heidän työhönsä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa tutkimukset ovat olleet pääosin kvantitatiivisia, yhteyksiä osoittavia, mutta toisaalta autenttisuuden ilmenemistä rajoittavia mittaamalla sitä vain kuudellatoista kysymyksellä.

Eksistentialistinen näkökulma tuo positiivis-autenttiseen johtajuuteen kriittistä tarkastelua. Eksistentialismi ei määrittele autenttisuudelle mitään tiettyä sisältöä, vaan antaa johtajalle luvan rakentaa se omien kokemustensa pohjalta (ks. Algera & Lips-Wiersma 2012). Näkökulma korostaa kokemuksen yksilöllisyyttä, jokaisen johtajan subjektiivista tapaa olla suhteessa työyhteisöön ja alaisiin. Yksilöllisyyttä painottava näkökulma tarjoaa hyödyllisen lähestymistavan sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöille, joissa johtamisen rakentumista ja sen tarkkaa sisältöä on vaikea yleistää tietynlaiseksi alalla tehtävän työn ja erityisosaamisen moninaisuuden vuoksi. Esimerkiksi sairaalassa psykiatrisen hoidon alueella työntekijöiden tarvitsema johtaminen voi olla hyvin erilaista kuin päiväkirurgisessa yksikössä työn luonteen erilaisuuden vuoksi. Käytännössä eksistentialismi pitää hyvänä johtajan omaa tapaa muodostaa johtajuus omien työyhteisössä ja asiakastyössä saatujen kokemustensa pohjalta siten, ettei se sido hyvyyttä mihinkään kokemuksen sisältöön. Se myös kannustaa johtajaa tukemaan alaisten yksilöllistä kehitystä heidän henkilökohtaiset vahvuutensa huomioiden siten, kuin se kullekin alaiselle on luonnollista.

Positiiviseen autenttisuuteen johtajuuteen liittyy oletus, että toiminta, joka ei ole autenttista, on epäsuotuisaa kontekstista riippumatta. Eksistentialismin näkökulmasta taas konteksti, tässä tapauksessa sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisö, nähdään osana johtajan ja alaisen elämäntilannetta. Siihen kuuluvat alan säännöt ja roolit, jotka väistämättä ohjaavat toimintaa ja kokemista. Se on elämään väistämättä kuuluvaa (vrt. Heidegger 1962). Kuitenkin yhteys itseen ja omaan kokemustodellisuuteen on tavoiteltavaa säilyttää, jotta voi kokea oman työnsä merkitykselliseksi, saada siitä itselleen tunteita, ajatuksia,

ja oivalluksia, joita ei ole ennen saanut. Maailman avartuminen, ihmisenä ja työntekijänä kasvu ovat asioita, joihin eksistentialistinen autenttisuus pyrkii antamaan apua (Algera & Lips-Wiersma 2012). Merkityksellisyyden ja autenttisuuden kokemukset kumpuavat eksistentialistisesta näkökulmasta ensisijaisesti itsestä, ei siitä, mitä muut ajattelevat tai sanovat. Kuten Koskiniemi et al. (2015) esittävät, autenttisuus muodostuu kokemisesta tilanteessa siten, ettei kokemiselle aseteta tiukkoja rajoja jo ennen kuin se ehditään ymmärtää. Sosiaali- ja terveydenhuollon työympäristössä roolien mukanaan tuomat odotukset tietynlaisesta käytöksestä asettavat ymmärrettävästi rajat sille, miten omia kokemuksia, tuntemuksia, ajatuksia, ja mielipiteitä voi ilmaista. On huomattava, ettei sen kuitenkaan tulisi estää itse kokemista. Havaitsemalla ero oman aidon kokemuksen ja sen ilmaisun välillä yhteys itseen ihmisenä saadaan säilytettyä. Itsensä tuntemisen kautta sekä itsen että toisten ihmisten johtaminen voi toteutua jokaisen kokemuksellista autenttisuutta arvostavalla tavalla. Itsensä tuntemisen ei tarvitse tarkoittaa taitoa vastata kysymykseen ”Millainen minä olen?” Sen sijaan itsensä tunteminen on autenttisen kokemuksellisuuden näkökulmasta sitä, että tiedostaa, millä tavoin oma havainnointi ja kokemusten saaminen tässä hetkessä tapahtuu. Laajasti käsitettynä ja käytäntöön sovellettuna se on omien havainnointi-, toiminta-, tulkinta-, reagointi- ja käyttäytymistapojen sekä -taipumusten tunnistamista jokapäiväisessä työssä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksissa yhteys omaan kokemustodellisuuteen ja toisaalta avoimuus uusille kokemuksille on erityisen merkitsevä. Kokemisen avoimuutta voi ymmärtää eksistentialistis-kokemuksellisesta näkökulmaa soveltaen (ks. Koskiniemi et al. 2015). Näkökulma ymmärtää autenttisuuden johtajan kykynä havainnoida ja kokea ympäristöä avoimin mielin, jolloin aiemmat kokemukset eivät rajoita liikaa sitä, mitä voi kokea. Muutoksessa uusien näkökulmien, myönteisten mahdollisuuksien ja tavoitteiden asettaminen korostuu. Kaikkien muutosten tavoitteena on vanhasta uuteen siirtyminen. Jotta muutokset voisivat onnistua, samanlainen siirtyminen tulee tapahtua myös työntekijöiden, etenkin muutosta eteenpäin vievien johtajien kokemusmaailmassa. Aiempaa työyhteisötodellisuutta kunnioitetaan, mutta ei anneta sen asettua esteeksi sille, etteikö uusi voisi olla yhtä hyvä,

jopa parempi. Työssä luotujen ja työlle annettujen merkitysten ymmärtäminen ja johtaminen auttavat rakentamaan sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöä ja vuorovaikutusta siten, että siitä saatujen kokemusten voi odottaa vahvistavan halua päästä yhteisiin päämääriin. Kokemuksellisesta näkökulmasta voidaan esittää, että mitä paremmin johtaja tuntee alaisensa yksilöinä ja tunnistaa kunkin tavan toimia elämäntilanteessaan, sitä paremmin hän osaa asemoida oman johtamisensa ja itsensä johtajana osaksi alaisen elämäntilannetta, ja täten onnistua ihmisten johtamisessa.

Kokemuksellisuus ja autenttisuus yhdessä tarkoittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoon sovellettuna, että työyhteisön todellisuus, ihmiset, tavoitteet, ja kokemukset ovat toisiinsa kytköksissä riippumatta yksikkö-, ammattikunta-, tai erikoisalarajoista. Eksistentialistinen autenttisuus korostaa etenkin todellisuudesta saatua välitöntä, aiemmista kokemuksista vapaata kokemusta, jonka kautta esimerkiksi tavoitteen saavutettavuuden tuntu voi muuttua. Minkään asian tai tavoitteen ei tarvitse olla mahdoton, huono, toivoton, vaikea tai hankala vain sen takia, että siltä kyseinen asia on tuntunut aiemmin. Tässä hetkessä on vapaus kokea päinvastoin.

Luvun tärkeimmät viestit johtajille ja esimiehille:

1. Alaiset tulisi kohdata sellaisina, kuin he ovat. Tulkitsemisen tai olettamisen sijaan on suotavaa kysyä, kuunnella, tarvittaessa kysyä uudestaan, lopuksi ymmärtää.
2. Yhteistä työyhteisötodellisuutta luodaan jatkuvasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisön vahvistamiseksi yksilölliset ja yhteiset kokemukset on hyvä tunnistaa ja tuoda esille. Etenkin jaetut, myönteiset kokemukset sekä johtajan itsensä positiivinen asenne tukevat jaksamista ja yhteishenkeä.
3. Kokemuksellis-autenttisesta näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon johtajakin saa olla yksilö. Oman johtajuuden rakentamisessa voi hyödyntää sitä, minkä kokee itse toimivimmaksi ja itselle ominaisimmaksi sulkematta kuitenkaan vaihtoehtoisia tapoja ulkopuolelle.
4. Ihmisten johtaminen toteutuu sosiaali- ja terveysalalla ihmiseltä ihmiselle. Taikatemput eivät ole tarpeen, kun sekä itsensä että alaisen elämäntilanteiden kautta muodostunutta yksilöllistä suhdetta itseen, muihin työntekijöihin, ja työhön muistaa kunnioittaa.

Lähteet

Algera, P. M. & Lips-Wiersma, M. (2012). Radical authentic leadership: Co-creating the conditions under which all members of the organization can be authentic. The Leadership Quarterly, 23(1), 118–131.

Avolio, B. J. & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. The Leadership Quarterly, 16(3), 315–338.

Avolio, B.J., Gardner, W.L., Walumbwa, F.O., Luthans, F. & May, D.R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. The Leadership Quarterly, 15(6), 801-823.

Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. Annual Review of Psychology, 60(1), 421–449.
Bono, J.E. & Ilies, R. (2006). Charisma, positive emotions and mood contagion. The Leadership Quarterly, 17(4), 317-334.
Bronson, D. & Ellison, E. (in press). Crafting successful training programs for physician leaders. Healthcare. doi:10.1016/j.hjdsi.2015.08.010
Brown, A., Crookes, P. & Dewing, J. (2016). Clinical leadership development in a pre-registration nursing curriculum: What the profession has to say about it. Nurse Education Today, 36, 105-11.
Cerne, M., Dimovski, V., Maric, M., Penger, S. & Skerlavaj, M. (2014). Congruence of leader self-perceptions and follower perceptions of authentic leadership: Understanding what authentic leadership is and how it enhances employees' job satisfaction. Australian Journal of Management, 39(3), 453–471.
Cochran, J., Kaplan, G.S. & Nesse, R.E. (2014). Physician leadership in changing times. Healthcare, 2(1), 19-21.
Croft, C., Currie, G. & Lockett, A. (2015). The impact of emotionally important social identities on the construction of a managerial leader identity: A challenge for nurses in the English National Health Service. Organization Studies, 36(1), 113–131.
Day, D. V. & Harrison, M. M. (2007). A multilevel, identity-based approach to leadership development. Human Resource Management Review, 17(4), 360–373.
DeRue, D. S. & Ashford, S. J. (2010). Who will lead and who will follow: A social process of leadership identity construction in organizations. Academy of Management Review, 35(4), 627–647.
Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M. & Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. Academy of Management Journal, 48(1), 117–134.
Gardner, W. L., Avolio, B. J., Luthans, F., May, D. R. & Walumbwa, F. (2005). "Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. The Leadership Quarterly, 16(3), 343–372.
Giorgi, A. (1985). Phenomenology and Psychological Research. Pittsburgh: Duquesne University Press.
Haslam, S.A., Reicher, S.D. & Platow, M.J. (2012). The New Psychology of Leadership: Identity, Influence and Power. UK: Psychology Press.
Heidegger, M. (1962). Being and time [Sein und zeit]. (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). London, UK: SCM Press.
Heikka, H. (2008). Sosiaali- ja terveysjohtajan työn sisältö ja kompetenssit. Acta Universitatis Ouluensis. Oulu: Oulu University Press.

Jaffe, G.A., Pradarelli, J.C., Lemak, C.H., Mulholland, M.W. & Dimick, J.B. (2016). Designing a leadership development program for surgeons. Journal of Surgical Research, 200(1), 53–58.

Kirpal, S. (2004). Work identities of nurses: Between caring and efficiency demands. Career Development International, 9(3), 274–304.

Koskiniemi, A., Perttula, J. & Syväjärvi, A. (2015). Existential–Experiential View of Self-Sourced (In) Authentic Healthcare Identity. Journal of Leadership Studies, 9(2), 6–18.

Ladkin, D. & Taylor, S. S. (2010). Enacting the 'true self': Towards a theory of embodied authentic leadership. The Leadership Quarterly, 21(1), 64–74.

Lawler, J. & Ashman, I. (2012). Theorizing leadership authenticity: A Sartrean perspective. Leadership, 8(4), 327–344.

Leroy, H., Anseel, F., Gardner, W. L. & Sels, L. (2015). Authentic leadership, authentic followership, basic need satisfaction, and work role performance: A cross-level study. Journal of Management, 41(6), 1677–1697.

Lewis, S. (2011). Positive Psychology at Work: How Positive Leadership and Appreciative Inquiry Create Inspiring Organizations. UK: Wiley-Blackwell.

Lord, R. G. & Hall, R. J. (2005). Identity, deep structure and the development of leadership skill. The Leadership Quarterly, 16(4), 591–615.

Luthans, F. & Avolio, B. J. (2003). Authentic leadership development. In K. S. Cameron, J. E. Dutton & R. E. Quinn (Eds). Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline. San Francisco: Barrett-Koehler, 241–258.

Malik, N., Dhar, R.L. & Hand, S.C. (2016). Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: A cross sectional questionnaire survey of Indian nurses and their supervisors. International Journal of Nursing Studies, 63, 28–36.

Morgan, P. I. & Ogbonna, E. (2008). Subcultural dynamics in transformation: A multi-perspective study of healthcare professionals. Human Relations, 61(1), 39–65.

Northouse, P.G. (2013). Leadership: Theory and Practice. 6th edition. United States: SAGE Publications.

Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J. & Braithwaite, B. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. Social Science & Medicine, 71(5), 898–909.

O'Connell, P. K. (2014). A simplified framework for 21st century leader development. The Leadership Quarterly, 25(2), 183–203

Oyserman, D. (2009). Identity-based motivation: Implications for action-readiness, procedural readiness, and consumer behavior. Journal of Consumer Psychology, 19(3), 250–260.

Oyserman, D., Elmore, K. & Smith, G. (2012). Self, self-concept, and identity. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds). Handbook of self and identity (2nd edn.). New York, NY: Guilford Press, 69–104.

Perttula, J. (1998). The Experienced Life-fabrics of Young Men. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Perttula, J. (2009). Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa J. Perttula & T. Latomaa (toim.). Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 115–162.

Perttula, J. (2012). Itsensä johtaminen. Teoksessa J. Perttula & A. Syväjärvi (toim.). Johtamisen psykologia – Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä. Juva: PS-kustannus, 125–156.

Perttula, J. & Syväjärvi, A. (2012). Johtamisen psykologia – Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä. Juva: PS-kustannus.

Rauhala, L. (2005). Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Yliopistopaino.

Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K.-L., Kenaszchuk, C. & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. Journal of Interprofessional Care, 23(6), 633–645.

Saaren-Seppälä, T. (2004). Yhteisen potilaan hoito: tutkimus organisaatiorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Acta Universitatis Tamperensis. Tampere: Tampereen yliopistopaino oy – Juvenes print.

Shamir, B. & Eilam, G. (2005). "What's your story?" A life-stories approach to authentic leadership development. The Leadership Quarterly, 16(3), 395–417.

Strauss, A. (1978). Negotiations: Varieties, contexts, processes and social order. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Svensson, R. (1996). The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. Sociology of Health and Illness, 18(3), 379–398.

Syväjärvi, A., Lehtopuu, H., Perttula, J., Häikiö, M. & Jokela, J. (2012). Inhimillisesti tehokas sairaala – työn mielekkyys henkilöstön kokemana. Rovaniemi: Lapland University Press.

Tökkäri, V. (2012). Kokemuksellinen organisaatio. Teoksessa J. Perttula & A. Syväjärvi (toim.). Johtamisen psykologia – Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä. Juva: PS-kustannus, 19–54.

van Knippenberg, D. & van Schie, E.C.M. (2000). Foci and correlates of organizational identication. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73(2), 137–147.

Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen, O., Virtanen, J.V. & Lehto, J. (2007). Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 59. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Virtanen, J.V. (2010). Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A 2:2010. Turku: Uniprint.

Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S. & Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. Journal of Management, 34(1), 89–126.

Watson, T.J. (2015). Organizations: Negotiated Orders. In J.D. Wright (Ed.). International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. 2nd edition. Elsevier Ltd, 411–414.

Witman, Y., Smid, G. A. C., Meurs, P. L. & Willems, D. L. (2011). Doctor in the lead: Balancing between two worlds. Organization, 18(4), 477–495.

Wong, C. A. & Laschinger, H. K. S. (2013). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 69(4), 947–959.

Kirjoittaja: Anne Koskiniemi on johtamisen psykologian tutkija Lapin yliopistossa.

Diversiteetin kohtaaminen moniammatillisessa terveysalan johtamisessa

Hanna Tiirinki, Marjo Suhonen, Nina Lunkka & Leena Turkki

Johdanto

Tämän luvun tarkoituksena on kuvailla diversiteettiä eli monimuotoisuutta sekä ristiriitojen kohtaamista terveysalan johtajuudessa moniammatillisuuden näkökulmasta. Diversiteetin ulottuvuudet ovat soveltuvin osin hyödynnettävissä myös sosiaalialan johtamiseen. Diversiteetti on itsessään moniselitteinen käsite ja tässä kirjan luvussa rajataan diversiteetin tarkastelu terveydenhuollon moniammatillisuuteen ja siitä kumpuavaan moniäänisyyteen. Kontekstina on terveysalan moniammatillinen johtajuus ja myöhemmin tämän kappaleen alaluvuissa tarkastellaan diversiteettiä moniäänisissä terveydenhuollon muutosprojekteissa erityisesti organisoitumisen ja siihen kytkeytyvän merkityksellistämisen prosessin näkökulmasta.

Tyypillisesti diversiteetillä ja sen johtamisella tarkoitetaan organisaatiossa ilmenevää monimuotoisuutta ja sen johtamista, jonka tutkimus on kohdistunut erityisesti organisaatioiden jäsenten monimuotoisuuden edistämiseen yksilöön liittyvien ominaisuuksien, kuten sukupuolen, rodun tai iän näkökulmasta. Niin sanottu instrumentaalinen lähestymistapa diversiteetin tutkimuksessa kohdentaa mielenkiintonsa näihin sosio-demografisiin suureisiin selvittääkseen, miten organisaation monimuotoisuuden johtamisella lisätään

esimerkiksi organisaation tehokkuutta tai tiimin suorituskykyä (Trittin & Schoeneborn 2015).

Kriittinen diversiteetin tutkimus puolestaan painottaa sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ideaalisuutta organisaatioiden monimuotoisuudessa ja sen johtamisessa. Tällainen lähestymistapa pyrkii nostamaan esiin niitä haasteita, jännitteitä ja ristiriitoja, jotka esiintyvät usein piiloisesti organisaatioiden käytänteissä, ja jotka ovat esteenä monimuotoisuuden toteutumiselle. Molemmissa, toisistaan poikkeavissa lähestymistavoissa organisaatioiden monimuotoisuuden ja sen johtamisen tutkimuksessa yhteisenä tekijänä näyttäytyy vahvana se, että ne kohdistavat mielenkiintonsa henkilöstöön ja eritoten siihen, miten henkilöstöä voidaan monipuolistaa. (Trittin & Schoeneborn 2015.)

Tässä kirjan kappaleessa nostamme esiin kolmannen, vaihtoehtoisen tavan tarkastella diversiteettiä terveydenhuollon organisaatioissa, jota tarkastellaan terveydenhuollon moniammatillisen johtamisen tulokulmasta. Tässä yhteydessä ymmärrämme diversiteetin kommunikaatio-keskeisenä prosessina ja täten diversiteetti määritellään äänien pluralismina eli mielipiteiden ja yhteiskunnallisten diskurssien valikoimana, joita voidaan ilmaista ja jotka resonoivat terveydenhuollon moniammatillisten organisaatioiden kontekstissa. ”Äänen” käsite lähestyy tässä yhteydessä diskurssin käsitettä ja äänen nähdään olevan yksilöstä riippumaton; eri yksilöt voivat ilmaista samaa ääntä ja puolestaan yksi yksilö voi ilmaista useita eri ääniä. Kirjan kappaleemme nojautuu vahvasti teoreettiseen käsitykseen, jonka mukaan kommunikaatiolla on perustavaa laatua oleva merkitys organisaatiossa, toisin sanoen, organisaatiot muodostuvat kommunikaatiosta (CCO eli *communication constitutes organizations* -tutkimus). (Trittin & Schoeneborn 2015.)

Moniammatillisuus on yksi merkittävimmistä moniäänisyyttä aiheuttavista tekijöistä terveydenhuollon organisaatioissa aiheuttaen suuria haasteita terveydenhuollon organisaatioiden organisoitumiselle ja sen johtamiselle. Näin ollen tässä kirjan kappaleessa keskitymme tarkastelemaan diversiteettiä moniäänisenä prosessina moniammatillisuuden ja sen johtamisen näkökulmasta. Luku rakentuu seuraavalla tavalla: Ensin kuvaillaan moniammatillisuuden käsitettä diversiteetin ilmentäjänä, jonka jälkeen nostetaan esiin johtamis-

taitojen merkitystä diversiteetin kohtaamisessa. Luku etenee moniammatillisuuden tarkasteluun erilaisten rakenteiden, edellytysten ja haasteiden näkökulmasta. Kappaleen toisessa luvussa perehdytään moniammatillisuuteen ja sen johtamisen haasteisiin terveysalan moniäänisten muutoksiin tähtäävien projektien näkökulmasta. Luvun lopussa nostetaan esille keskeisiä löydöksiä ja tehdään yhteenveto diversiteetin ja ristiriitojen kohtaamisesta terveydenhuollon johtajuudessa terveysalan ja moniammatillisten projektien näkökulmasta.

Terveysalalla on useita erityispiirteitä, joiden kautta diversiteettiä on mahdollista tarkastella. Aiemmissa tutkimuksissa diversiteettiä on lähestytty esimerkiksi strategisen- ja muutosjohtamisen sekä organisaatiokäyttäytymisen näkökulmasta (Hewitt-Taylor 2013) ja monikulttuurisuuden näkökulmasta (Sippola 2007). Terveysalan erityispiirteitä ovat muun muassa vahvojen ammattikuntien, kuten lääkärien ja sairaanhoitajien professionaalinen autonomia (Collier 2012) sekä terveysalan ammattilaisten työtä ohjaavien eettisten ohjeiden olemassaolo (McCrickerd 2000). Erityispiirteenä voidaan nähdä myös terveysalan työn ja toiminnan eriytyneisyys, palvelujen sektoroituneisuus ja ympäristösidonnaisuus, jotka luovat erityistä kompleksisuutta (Jalonen 2010), terveysalan monitasoista organisaatio- ja toimintakulttuurisuutta unohtamatta (Tiirinki 2014). Viime vuosina on yhä vahvemmin nostettu tarkastelun keskiöön terveydenhuollon moniammatillisuus (Denton & Conron 2016; Marsilio ym. 2016; Bresnen 2006).

Moniammatillisuuden voidaan nähdä tarkoittavan erilaisen koulutuksen saaneiden ammatti-ihmisten kyvykkyyttä tuoda oma erityisosaamisensa ja tietonsa yhteiseen käyttöön sekä joustavaan kohtaamiseen asiakkaiden ja toisten ammattiryhmien edustajien kanssa. (Pärnä 2012.) Vaatimus moniammatillisuuteen korostuu entisestään terveydenhuollon toimintarakenteiden uudelleen järjestäytymisen myötä ja se onkin uudenlainen edellytys kaikille terveydenhuollon toimijoille. (Jorma ym. 2016; Kuorilehto 2014.) Erityisen haasteen se luo terveysalan johtajille, jotka muutosprosessien myötä kohtaavat haasteiden ja mahdollisuuksien ristiriitoja uudenlaisten toimintamallien, toimintakulttuurin tai moniammatillisuuden myötä. (Kuorilehto 2014.)

Moniammatillisuus näyttäytyy terveysalan erilaisissa projekteissa. Terveysala on projektoitunut, koska projektit on nähty lääkkeeksi terveysalan ongelmiin (Andersson & Wickelgren 2009). Yhä enemmän henkilöstön työaikaa ja sitä kautta alan resursseja kuluu erilaisissa projekteissa. Projektit toteutetaan lähes aina moniammatillisen yhteistyön kautta. Terveysalan projekteja ja etenkin niiden johtamista on tutkittu kuitenkin suhteellisen vähän, vaikka tutkimustiedolle on yhä lisääntyvien projektien maailmassa tarve (Suhonen & Paasivaara 2015). Etenkään niin sanottua projektien pehmeää, inhimillisiin voimavaroihin keskittyvää puolta (kuten työntekijöiden väliset suhteet, vuorovaikutustaidot ja tunneälytaidot) on tutkittu vielä vähän (Suhonen & Paasivaara 2011), verrattuna perinteiseen projektitutkimukseen, joka painottaa aikataulua, kustannuksia ja erilaisia projektien teknisiä apuvälineitä (Cicmil ym. 2009). On kuitenkin tiedossa, että pelkän kovan puolen painottamisella ei voida saavuttaa projektin onnistumista (Suhonen & Paasivaara 2015). Nämä seikat tekevät projekteista mielenkiintoisen kontekstin moniammatillisuuden ja siihen usein liittyvien ristiriitojen kohtaamisen tarkasteluun terveydenhuollon johtamisen toimintaympäristössä. Tässä kirjan luvussa painotetaan projektien muodostumista vuorovaikutusprosesseissa, jolloin projektien pehmeän puolen ulottuvuuden korostuvat.

Moniammatillisuus nähdään terveydenhuollossa yleensä yhteistyön keinona tai muotona sekä moniammatillisten työryhmien ja kokousten yhteisenä päätöksentekona, joka on keskeinen väline vastata tämän hetken ja tulevaisuuden haasteisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. (Isoherranen 2012; Pärnä 2012; Nikander 2003.) Moniammatillisuus on ajankohtainen näkökulma, koska tällä hetkellä sosiaali- ja terveysalalla eletään Sote-uudistuksen muutostilassa. (Kettunen & Sandberg 2014; Tiirinki 2014.) Kehittämisen näkökulmasta esimerkiksi asiakaslähtöisiä perusterveydenhuollon palveluita on peräänkuulutettu jo 1970-luvulla, mutta edelleen se määritellään kansallisella tasolla yhdeksi terveydenhuollon kehittämislinjojen päätavoitteeksi. (Tiirinki 2014.) Terveydenhuollossa asiakkaan hoitamiseen liittyvät kysymykset nähdäänkin yhä vahvemmin eri ammattilaisten yhteisenä työalueena. (Eloranta & Kuusela 2011.) On todettu, että terveydenhuollossa

moniammatillisuudella saavutetaan positiivisia tuloksia ihmisten terveydelle. (Solheim ym. 2007.) Monimuotoisuus ja ristiriitojen kohtaaminen liittyvät vahvasti terveysalan asiakastyön onnistumiseen: työyhteisön asiat, arvot ja asenteet heijastuvat asiakkaaseen. Moniammatillisen työn odotetaan olevan nimenomaan asiakaslähtöistä.

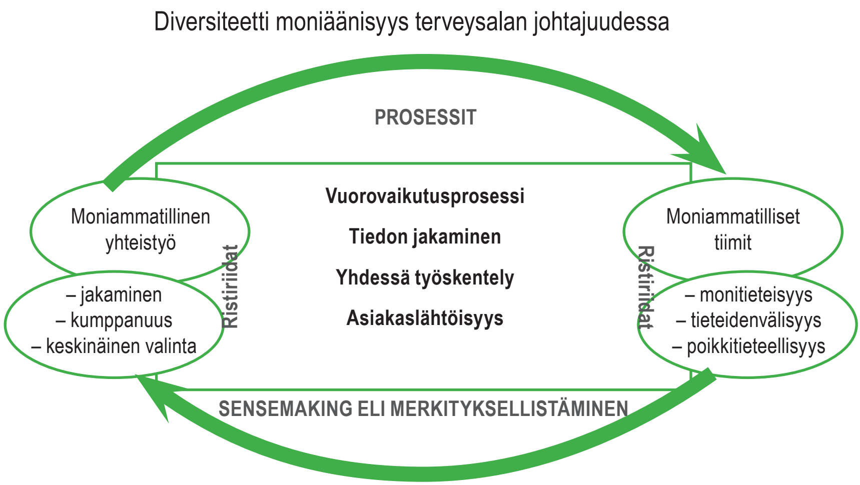
Diversiteetti ja sen ilmeneminen moniammatillisessa terveysalan johtamisessa

Moniammatillisuuden käsite diversiteetin ilmentäjänä

Moniammatillisuuden käsitteen alkuperä ja sen määritelmät vaihtelevat. Englanninkielisiä vastineita ovat olleet *interprofessional* (ammattien välinen yhteistyö) ja *trans-/crossprofessional* (poikkiammatillinen yhteistyö), jotka eivät välttämättä ole suoraa siirrettävissä suomalaiseen terveydesalan toimintaympäristöön. Moniammatillisuuden rinnakkaiskäsitteiksi erilaisten tiimien näkökulmasta on kansainvälisissä tutkimuksissa esitetty erimerkiksi käsitteitä monitieteisyys (engl. *multidisciplinary*), tieteidenvälisyys (engl. *interdisciplinary*) ja poikkitietieteellisyys (engl. *transdisciplinary*). (Denton & Conron 2016; D'Amour ym. 2005.) Kotimaisessa tutkimuksessa käytetään yleisesti yhtä moniammatillisuuden käsitettä kuvatessa erilaisia moniammatillisen yhteistyö ja tiimien toiminnan muotoja. (Kuorilehto 2014.) Moniammatillisuuden lähikäsitteiksi on esitetty myös kuitenkin esimerkiksi yhteisöllinen asiantuntijuus, moniasiantuntijuus ja jaettu asiantuntijuus -käsitteitä (Kuorilehto 2014; Bender ym. 2013).

Terveydenhuollon moniammatillisuus on siis ammattihenkilöiden moniääninen vuorovaikutusprosessi, jossa korostuu tiedon jakaminen ja yhdessä työskentely. Kommunikaation merkitys nähty ratkaisevana tekijänä terveysalan moniammatillisessa toiminnassa. (Denton & Conron 2016.) Terveydenhuollon moniammatillisuuden voidaan ymmärtää rakentuvan ammattihenkilöiden välisissä vuorovaikutusprosesseissa, jossa käsitys ja ymmärrys tilanteesta

luodaan tiedon jakamisen ja yhdessä työskentelyn kautta (Denton & Conron 2016; Haataja ym. 2012; Weick 1995; 2009). Yhtäältä moniammatillisuudessa kuuluvat sekä yksilöön että organisaation liittyvät ominaisuudet. Toisaalta voidaan puhua yksilö- ja organisaatiotasosta ja niiden välillä tapahtuvasta prosessuaalisuudesta, joita myöhemmin tarkastellaan terveydenhuollon projektien ja muutosprosessien organisoitumisen näkökulmasta. Seuraavassa kuviossa (kuvio 1) on kuvattu diversiteettiä moniäänisyytenä terveydenhuollon johtamisen näkökulmasta suhteessa prosesseihin eli organisoitumiseen ja siihen kytkeytyvään merkityksellistämiseen sekä niiden välisiin ilmiöihin.



Kuvio 1. Diversiteetti moniäänisyys terveysalan johtajuudessa

Johtamistaidot diversiteetin kohtaamisessa

Moniammatillisuuden johtaminen edellyttää erilaisuuden ja toiseuden huomioon ottamista ja arvostamista, hyviä käytöstapoja. Moniammatillisuus on diversiteetti vuorovaikutusprosessi, jossa korostuu tiedon jakaminen ja yhdessä työskentely. Johtamisen keskeinen taito onkin vuorovaikutteisuus (Denton & Conron 2016; Tritten & Schoeneborn 2015; Paasivaara 2012). Moniamma-

tillisessa yhteistyössä voidaan luoda uutta tietoa ja toimintatapoja käyttämällä hyödyksi kunkin ammattilaisen erityisosaamista. (Denton & Conron 2016.) Parhaimmillaan moniammatillisella toiminnalla voidaan edesauttaa yhteisasiantuntijuuden kehittymistä sekä luoda toimivat ja tavoitteelliset edellytykset asiakkaan riittävän hyvälle hoidolle. Tämä edellyttää johtajalta hyviä sosiaalisia taitoja ja ryhmätyötaitoja sekä ryhmädynaamisten ilmiöiden ymmärtämistä. Tavoitteena on työntekijöiden osaamisen kunnioittaminen ja sujuvan toiminnan edistäminen. (Denton & Conron 2016; Lehtopuu ym. 2012.)

Moniäänisessä työympäristössä johtajalta vaaditaan erityistä työyhteistyöosaamista, jonka voidaan nähdä kytkeytyvän sosiaaliseen älyyn, työyhteisössä yksiköiden kantamaan työrooliin ja sitä kautta myös johtajan omiin johtamistaitoihin suhteessa tehtävään ja työyhteisön tarpeisiin. (Nuutinen ym. 2014; Paasivaara 2012.) Johtamisosaamisen näkökulmasta uuden tiedon ja toimintatapojen luominen on eri ammattilaisten erityisosaamisen hyödyntämistä yhteiseksi osaamiseksi. (Isoherranen 2012; Kuorilehto 2014.)

Poikkitieteellisessä ja eri ammattilaisten keskinäisessä yhteistyössä jaetaan tietoa ja osaamista yli ammattirajojen. Aiemmissa tutkimuksissa tällaisesta yhteistoiminnan muodosta on käytetty myös moniasiantuntijuuden käsitettä. (Kuorilehto 2014.) Moniasiantuntijuudessa korostuu vapautuminen ammatillisista rooleista ja perehtyminen toisen ammattilaisen näkökulmaan. (Kuorilehto 2014.) Monitieteisessä ja -ammatillisessa yhteistyömuodossa yksilöt työskentelevät joko yhdessä tai rinnakkain kuitenkin erillään toisistaan kun taas tieteiden tai ammattilaisten välisessä yhteistyössä yksilöt jakavat keskenään tietoa ja toimivat yhteisen päämäärän mukaan, mutta kuitenkin vielä erillään. (Denton & Conron 2016; Kuorilehto 2014.) Moniammattillisuus korostuu terveydenhuollon palveluiden yhä voimistuvassa integraatiossa sekä erilaisten muutosprosessien johtamisessa sekä päätöksenteossa.

Moniammatillinen johtaminen vaatii erityisesti muutosprosesseissa aina diveristeettiä kokonaisuuden hallintaa ja visiointia. (Hewitt-Taylor 2013.) Sen lisäksi muutosprosessien onnistuminen edellyttää läsnä olevaa johtamista, jämäkkyyttä, työtehtävien organisointitaitoa sekä aktiivista tiedottamista. (Nuutinen ym. 2014.) Muutosjohtamisesta käytetään aiemmissa tutkimuk-

sissa myös käsitettä transformationaalinen johtaminen ja se edustaa johtamisteorioiden uusimpia näkökulmia (Haataja ym. 2012; Schildt ym. 2009; Weick 1995). Muutosjohtajuudelle ei ole yksiselitteistä määrittelyä eikä sitä voida luokitella tarkkarajaisesti. Muutosprosesseissa johtajalta edellytetään kuitenkin kykyä toimia muun muassa valmentajana, mentorina ja johtajana (Taskinen 2015). Lisäksi muutosprosessi vaatii johtajalta arviointitaitoa muutoksen tuomista eduista tai haitoista sekä ennakointikykyä esimerkiksi toimintakulttuurin näkökulmasta.

Moniammatillisuuden muodot erilaisissa rakenteissa

Tässä alaluvussa avataan moniammatillisuuden muotoja erilaisissa terveydenhuollon rakenteissa. Näiden rakenteiden erillinen tarkastelu on oleellista niiden toimintaympäristöjen erityspiirteiden avaamisen vuoksi. Seuraavaksi tarkastelemme diversiteetin kohtaamista moniammatillisessa johtamisessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon näkökulmasta.

Suomalainen terveydenhuollossa moniammatillisuudella on pitkät perinteet, koska esimerkiksi pienissä kunnissa yhteistyö terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä on ollut tavoitteellisen terveyspalvelutoiminnan perusta jo vuosikymmenten ajan. Moniammatillisen yhteistyön tulisi toimia asiakasorientoituneesti asiantuntijaorientoituneisuuden sijaan edistääkseen tavoitteellisesti asiakkaan hoitoa. (Kassianos ym. 2015.) Nykyisessä muutostilassa asiakaslähtöisyyden kehittäminen moniammatillisessa perusterveydenhuollon rakenteissa asettaa haasteita johtajille, koska palveluita ollaan kehittämässä yhä suurempiin kokonaisuuksiin ja samanaikaisesti asiakasnäkökulmasta palveluilta toivotaan muun muassa moninaisuutta, holistisuutta sekä edelleen lähellä saatavilla olevia terveyspalveluita. (Tiirinki 2014.)

Aiemmat tutkimukset ovat tuovat perusterveydenhuollon diversiteettiä tarkastellessa johtamisen moninaisuuden lisäksi sen monimutkaisuuden (Schepman ym. 2015; Xyrichis & Lowton 2008). Suomalaisessa terveydenhuollossa meneillään olevan reformin tärkeimpiä uudelleen järjestämisen kohteita asiakaslähtöisyyden lisäämisen lisäksi onkin palvelujärjestelmän sel-

kiyttäminen. (Kettunen & Sandberg 2014; Tiirinki 2014.) Nämä tavoitteet edellyttävät vahvaa johtamiskompetenssia. Terveydenhuollon moniammatillisuuden mahdollisuudet asiakkaan eduksi vaatii rohkeaa moniäänistä ja visionääristä, kehitystyötä sekä aitoa moniasiantuntijuuden toimintamallia että tulevaisuuden odotusten tarkastelua uudenlaisessa valossa.

Perusterveydenhuollossa toteutuvaan moniammatillisuuden tuloksiin vaikuttavat sekä yhteistyön rakenteen erityispiirteet että siellä tapahtuvat prosessit. Toisaalta edelleen moniammatillisen yhteistyön suorista ja todellisista vaikutuksista perusterveydenhuollossa tiedetään varsin vähän. (Schepman ym. 2015.) Käytännön esimerkki perusterveydenhuollon moniammatillisista prosesseista on eri ammattilaisista koostuvat tiimipalaverit ja hoitoneuvottelut, joiden on todettu parantavan hoitoprosesseja. Moniammatillisessa toiminnassa perusterveydenhuollossa korostuu perhetyöntekijöiden kokemusten mukaan asiakkaan yhdenvertainen kohtaaminen sekä perheen jäsenten tasavertainen huomiointi. Yhteisen näkemyksen löytäminen sekä moniammatillisen tiimin että perheen kesken nähtiin toiminnan perustana. (Rautio 2014; Kuorilehto 2014.) Aiemmat tutkimukset korostavan niin ikään tiedonkulun avoimuutta, säännöllistä hoitoprosessia, työntekijöiden tuttuutta, vuorovaikutusta ja luottamusta ammattilaisten ja asiakkaan välillä. (Rautio 2015; Tiirinki 2014.) Ammattilaisten välillä vuorovaikutus ja luottamus kytkeytyvät molemminpuoliseen arvostukseen.

Moniammatillisuuden on osoitettu vaikuttavan erikoissairaanhoidossa suoraa hoidon laatuun, hoidon tuloksellisuuteen sekä kliiniseen päätöksentekoon. (Denton & Conron 2016.) Erikoissairaanhoito on yhtäältä perusterveyden rinnalla merkittävä terveyspalveluiden tuottaja ja siellä tarvitaan nyt ja tulevaisuudessa yhtä enemmän johtajia, jotka tunnistavat moniammatillisuuden tarjoamat mahdollisuudet. Moniammatilliseen yhteistyöhön toteutuminen vaatii sitoutumista yhteistyölle, sekä toisten arvostamista. Erilaisissa muutoksissa korostuvatkin myös johtajien työyhteistötaidot. (Nuutinen ym. 2014.) Se asettaa terveydenhuollon johtajille erityishaasteen luoda salliva ja avoin ilmapiiri uudistusten edessä. (Niemi-Kaija & Aaltio 2016; Jorma ym. 2016; Haataja ym. 2012.)

Toimintaa voivat varjostaa edelleen terveydenhuollossa olevat valtarakenteet, erilaiset käsitykset moniammatillisesta työstä tai erilaiset taidot toimia ryhmässä. (Collin ym. 2012.) Käytännössä näkyvimpiä moniammatillisen työn muotoja ovat ammattiryhmien rinnakkain työskentely, moniammatillinen hoidon suunnittelu ja vaativien potilasryhmien hoito. (Denton & Conron 2016.) Rinnakkaistyöskentely on tavallista esimerkiksi päivystysyksiköissä, jossa keskeisinä haasteina ovat tiedonkulun ongelmat, epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. Moniammatillisen hoidon suunnittelu ja vaativien asiakkaiden hoito ovat tavallisia erikoissairaanhoidossa, joissa korostuu samanaikaisesti moniammatillisen yhteistyön hoitoprosessien koordinointi. (Collin ym. 2012; Denton & Conron 2016; Jorma ym. 2016.)

Keskeistä moniammatillisessa toiminnassa on hoidon yhteinen suunnittelu, joka tarkoittaa ongelmatilanteiden ratkaisua, toimintatapojen ehdottamista sekä mielipiteiden vaihtamista (Denton & Conron 2016; Hämäläinen ym. 2014). Haasteet yhteisessä suunnittelussa ovat yleisimmin vuorovaikutuksellisia (Denton & Conron 2016). Niin ikään esimerkiksi erikoissairaanhoidossa korostuu ammattiryhmien yhdessä toimiminen, toisen ammattiryhmän opastaminen ja uusien kliinisten taitojen oppiminen. (Denton & Conron 2016; Collin ym. 2012.)

Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon moniammatillisen työn tutkimuksissa korostuu sen kehittäminen ja vahvistaminen. (Denton & Conron 2016; Pärnä 2012; Xyrichis & Lowton 2008; Solheim ym 2007; Veijola ym. 2006; D'Amour ym. 2005; Nikander 2003.) Erilaisista rakenteista riippumatta johtamisen näkökulmasta moniammatillisuuden toteutuminen rakentuu organisaation moniäänisyyden kuulemiselle. (Tritten & Schoeneborn 2015.)

Moniammatillisen johtamisen toteutumisen mahdollisuudet ja uhkat

Yksilö-, organisaatio- ja asiakaslähtöisyyden tasot

Moniammatillisessa terveysalan toimintaympäristössä on tietynlaisia moniammatillista toimintaa mahdollistavia elementtejä sekä uhkia, jotka saattavat hidastaa moniammatillisesta yhteistyöstä saatavaa hyötyä. Näitä mahdollisuuksia ja uhkia tarkastellaan ensimmäisenä yksilötasolla, jolloin tarkastelun kohteena on yksittäisen työtekijän toiminta. Moniammatillisuus näyttäytyy terveysalan työntekijälle kollegoiden työn ja asiantuntemuksen ymmärtämisenä, selkeänä työnjakona, oman asiantuntijuuden sisäistämisenä, oman ja toisen ammattilaisen vastuun ymmärtämisenä ja määrittämisenä, sekä tiimiin kuulumisena. Työyhteisön toimijoiden epäselvä roolijako ja yhteistyöosaamisen vaikeudet ovat johtamisen näkökulmasta diversiteettiä vahvistavia työntekijälähtöisiä uhkia. (Kuorilehto 2014; Haataja ym. 2012.) Uhkana voidaan nähdä myös muutosprosesseihin liitetty työtekijöiden passiivinen toiminta, jolloin työtekijätasolla muutoksia ei haluta edistää eikä siihen nähdä olevan mahdollisuuksia. (Nuutinen ym. 2014.) Työntekijätasolla myös rationaaliset käsitykset, kuten vaatimus tehokkuudesta ja sen mittaamisesta ovat uhkana lisänä työyhteisön negatiivista dynamiikkaa. (Niemi-Kaija & Aaltio 2016.) Myös vastuu- ja valtakysymykset, ammattilaisten näkemyserot, tiimin jäsenten motivaation puuttuminen, tiimiin hyväksymättömyys tai toistuvat poissaolot asettavat yksilötasolta moniammatillisen yhteistyön toimivuudelle haasteita. Yksilöiden erilaiset käsitykset moniammatillisesta työstä, epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja viestintä, joka puolestaan vaikuttaa työnjaon määrittelemisen vaikeuteen ja toisen ammattitaitoon perehtymiseen voidaan osaltaan nähdä uhkina. (Haataja ym. 2012.) Erilaisten toimintojen selkeä tehtävänjako sitouttaa tiimin toimintaan ja sitä kautta sen tavoitteellisuuteen.

Toisena tarkastellaan organisaatiotason mahdollisuuksia ja uhkia, jotka nojaavat vahvasti johtajuuteen, johtamiskulttuuriin sekä olemissa oleviin resursseihin. Terveydenhuollon organisaatioissa johtajilla on merkittävä rooli moniammatillisuuden toteutumisessa. Erilaisten terveysalan projektien, kuten palveluketjujen kehittäminen vaatii moniammatillista työotetta. (Kuo-

rilehto 2014; Paasivaara 2012.) Yhteisten työskentelymallien rakentaminen, hyvä työn organisointi, henkilöstön riittävä resursointi, tiimipalaverit, viestintä sekä yhteisten toimintaperiaatteiden luominen, seuranta ja arviointi luovat mahdollisuuksia moniammatillisuuden toteutumiseen. (Kuorilehto 2014; Paasivaara 2012.)

Organisaatiotason mahdollisuuksia ja uhkia tarkastellessa on otettava huomioon, että nykyisessä työelämässä kaivataan tietynlaista keskeneräisyyden sallimista sekä empaattisia kohtaamisia työyhteisön sisällä. Tulokselliseen johtamisen kuuluu teknisten johtamistaitojen lisäksi myös työyhteisön vuorovaikutuksen ulottuvuuksien esteettinen ymmärrys ja sensitiivisyys. (Niemi-Kaija & Aaltio 2016.) Moniammatillinen johtaminen mahdollistuukin organisaation johtajien läsnäolon kautta, mikä tarkoittaa esimerkiksi muutosprosessissa mukana elämisistä ja läsnäoloa. (Nuutinen ym. 2014.) On todettu, että organisaatiossa toimivan johtajan etäisyys ja osallistumattomuus työyhteisön arkeen on uhka muutosprosessin onnistumiselle. (Stenvall ym. 2008.)

Organisaatiotason uhat moniammatillisuuden toteutumisessa liittyvät pääasiallisesti ammattilaisten yhteistyöosaamiseen, tieto-taitoon, asenteisiin, ajanpuutteessa yhteisen päämäärän puuttumiseen, epäselvään työnjakoon, vastuu- ja valtakysymyksiin tai ammattilaisten näkemyseroihin (Eloranta & Kuusela 2011; Kassianos ym. 2015; Kuusela ym. 2010), toisaalta resurssien riittävyyteen ja täydennyskoulutuksen tarpeeseen (Rautio 2014). Uhkia voi muodostua myös näkemyseroissa asiakaslähtöisyydessä ja asiakkaan osallistamisessa yhteistyöhön (Kuorilehto 2014). Organisaatiotason moniammatillinen kokonaisuus rakentuu yksilöistä, jolloin siihen vaikuttaa eksplisiittisesti jokaisen ihmisen kokemus arvoista, vahvuuksista, kyvykkyydestä, hyveestä, tunneälystä, optimismista ja luovuudesta. (Syväjärvi & Vakkala 2012.) Moniammatillisuus pohjautuu myös ryhmätyötaitoihin, jolloin toiminnan esteeksi voivat osoittautua myös ammattilaisten eriävät käsitykset ryhmätyöstä, taidolliset tasot toimia ryhmän jäsenenä sekä lääketieteellinen valta-asema. (Atwal & Caldwell 2006.)

Yllä kuvattujen terveysalan moniammatillisuutta mahdollistavia ja uhkaavia tekijöitä kolmantena voidaan tarkastella asiakaslähtöisyyden tason

tulokulmasta, joka tarkoittaa esimerkiksi asiakkaan osallistumista hoitoon ja päätöksentekoon, asiakasta voimaannuttavien työmenetelmien käyttöä sekä asiakkaan tasavertaista kohtaamista (Mertaniemi ym. 2011; Tiirinki 2014). Moniammatillisia prosesseja tarkastellaan edelleen lähinnä prosessin sisäisistä lähtökohdista, jolloin asiakas itsessään jää tarkastelussa passiiviseksi toimijaksi. Asiakkuustasolla moniammatillisuuden toteutumista mahdollistaa yhteinen fokus asiakkaan rooliin, joka on aina laadullinen ja subjektiivinen sekä aina kiinteässä suhteessa palveluiden tuottamiseen. (Osborne ym. 2013; Tiirinki 2014.) Vuorovaikutustaidot, asenteet, ajankäyttö sekä esimerkiksi tunneäly vaikuttavat merkittävästi terveyspalveluiden asiakaslähtöiseen toteutumiseen (Paasivaara 2012). Tunneäly on läsnä myös diversiteetin ja ristiriitojen kohtaamisessa, koska tuen antaminen ja saaminen perustuu kokemusten, tunteiden ja tuntemusten jakamiseen. Positiivisella vuorovaikutuksella ja toisten kuuntelemisella on merkittävä voima ja vaikutus yhteistyöosaamiseen ja työn tuloksellisuuteen. (Paasivaara 2012.)

Terveysalan diversiteetin tarkastelu moniammatillisen johtamisen ja toteutuvan asiakaslähtöisyyden näkökulmasta on selvästi ammattilaisten yhteistyöprosessien tarkastelua vähäisempää. Terveydenhuollon muutoksissa kuitenkin asiakasnäkökulmaa on korostettu ja pääasiallinen tavoite järjestelmän kehittämisessä on vastata asiakaslähtöisyyden vaativaan haasteeseen. (STM 2016.) Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluiden meneillä olevassa suuressa reformissa on asetettu päämääräksi turvata yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut, vahvistaa sosiaali- ja terveyspalveluita sekä toteuttaa kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. (STM 2016; Kettunen & Sandberg 2014.) Näissä päämäärissä on vahvasti läsnä diversiteetti ja moniammatillisuuden odote, jossa pyritään huomioimaan palveluiden kokonaisuuden polku yhdessä eri asiantuntijoiden kanssa, kokomaan tiedot ja rakentamaan tapauskohtainen tavoite ja käsitys asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelman ratkaisusta. (Xyrichis & Lowton 2008; Kuorilehti 2014.)

Asiakaslähtöisyyden edistämiseksi terveysalalla tarvitaan asiakaslähtöistä moniammatillista johtamista, joka muodostuu asiakaslähtöisistä arvoista ja toiminnan tehokkuudesta, asiakaslähtöisestä tiedonvälityksestä, asian-

tuntijoiden kuulemisesta sekä asiakaslähtöisen kehittämistyön tukemisesta (Mertaniemi ym. 2011). Lisäksi se vaatii terveydenhuollossa yhteisesti asettuja hyötytavoitteita sekä orientaatiota keskustella asiakaslähtöisyyteen liittyvistä käsityksistä avoimesti esimerkiksi luomalla asiakasta osallistavia toimintamalleja, lisäämällä edelleen valinnan vapautta sekä palveluiden välitöntä tavoitettavuutta. (Tiirinki 2014.)

Hallintoteoreettisesti asiakaslähtöisyys ovat viimeaikaisissa tutkimuksissa nostettu tarkasteluun viitekehyksestä, jossa terveysalan asiakaslähtöisyys kiinnittyy johtamisen näkökulmasta palveluiden etiikkaan, arvomaailmaan, tuottamismotivaatioon sekä kulttuurisiin tekijöihin. (Orborne ym. 2013; Tiirinki 2014.) Asiakaslähtöisyyttä korostava teoreettinen tarkastelu kohdentuu siis palveluiden tuottamisen (engl. *production*) sijasta varsinaiseen palveluun (engl. *service*) ja sen prosessuaaliseen johtamiseen. Asiakkaan rooli korostuu varsinaisena toimijana ja asiantuntujana oman hoitonsa suhteen, mikä on uudenlainen diversiteettinen ulottuvuus erilaisissa asiakkaan hoitoon liittyvissä prosesseissa myös moniammatillisen johtamisen näkökulmasta.

Terveydenhuollon asiantuntijan ja asiakkaan kesken on tärkeää olla yhteisymmärrys työn tavoitteista ja moniammatillinen yhteistyö toimii asiakasta voimaannuttavana tekijänä. (Rautio 2014; Kuorilehto 2014.) Asiakkaan äänen kuuleminen sekä osallistumisen mahdollistaminen terveydenhuollossa on tärkeää yhdenvertaisuuden ja palveluiden rakenteiden kehittämisen näkökulmasta (Kuusela ym. 2010; Tiirinki 2014; Hyvönen 2004). Vuorovaikutus sekä luottamus vahvistuvat holistisissa terveydenhuollon asiakaskohtaamisissa, joissa asiakasta kuunnellaan aidosti ja kiireettömästi sekä hänet kohdataan yksilönä. (Tiirinki 2014.)

Asiakaslähtöinen moniammatillisuuteen perustuva toiminta ei tutkimusten mukaan kuitenkaan toteudu systemaattisesti ja on tavallista, että asiakas jää ulkopuoliseksi omassa hoitoprosessissa. Moniammatillinen toiminta ei näyttäydy asiakkaalle jatkumona, jota aidolla asiakaslähtöisyydellä tavoitellaan. On myös viitteitä siitä, että asiakaan ääni jää ottamatta huomioon tai tiedonsaanti hoitoprosessin aikana ontuu. (Eloranta j&a Kuusela 2011; Veijola ym. 2006.) Tämä on ristiriidassa moniammatillisuuden määrittelyn kans-

sa, jossa painottuu eri alojen asiantuntijoiden yhteistyö asiakkaan parhaaksi (Bender ym. 2013).

Yhteistyörakenteiden ja -prosessien tasot

Moniammatillisuuden avaimet voidaan jakaa karkeasti kahden suuntaisiin yhteistyön toteutumisen edellytyksiin, joita ovat yhtäältä yhteistyörakenteet sekä toisaalta yhteistyöprosessit. Yhteistyö ammattilaisten, tutkijoiden, poliittisien päättäjien ja terveydenhuollon asiakkaiden kesken on tärkeää edetäksemme diversiteetin kehittämisessä (D'Amour & Oandansan 2005). Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen vaatii tietynlaisia ryhmässä toimimisen taitoja, jotka rakentuvat oman roolin ymmärtämisen, mutta myös toisten ammattilaisten roolien ymmärtämisen perustalle. (Atwal & Caldwell 2006.)

Moniammatillisuuden edellytyksiä voidaan tarkastella yhteistyörakenteiden kautta. Yhteistyörakenteisiin liittyvät johtamiskulttuuri, resurssit ja koulutus. Yhteistyörakenteiden avoimuus luo asiantuntijuuden ja osaamisen jakamiselle hyvät edellytykset ja keskustelu eri rooleista on tärkeää. (Eloranta & Kuusela 2011; Solheim ym. 2007.) Yhteistyörakenteisiin luotu salliva ilmapiiri heijastuu koko työyhteisön avoimeen vuorovaikutukseen. (Nuutinen ym. 2014.) Tällöin asiantuntijuuden ja osaamisen jakamiselle on hyvät edellytykset. Terveydenhuollossa moniammatillisen yhteistyön keskiössä ovat yhteiset käsitykset asiakkaan kohtaamisesta sekä tarpeista. (Kuorilehto 2014.)

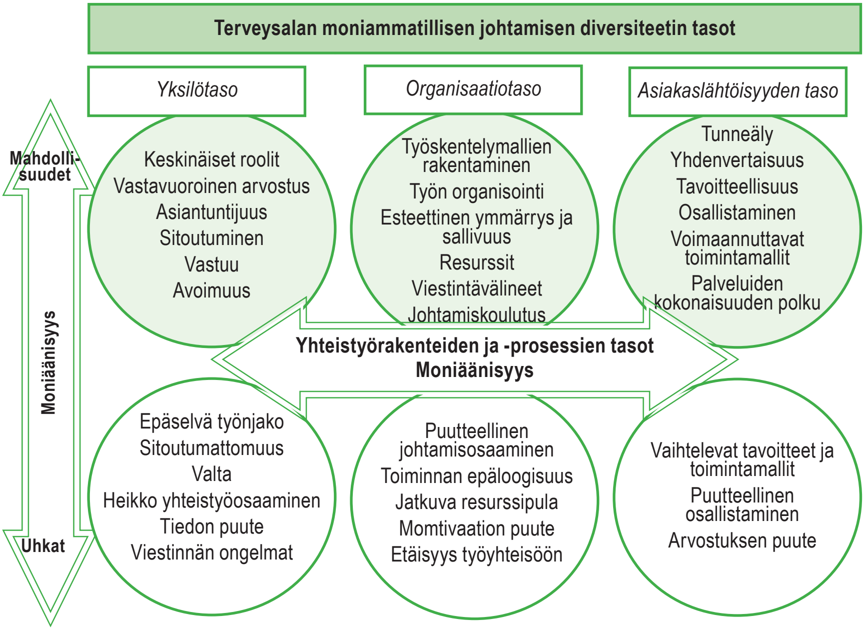
Toisena moniammatillisuuden haasteena voidaan tarkastella yhteistyöprosesseja, jotka sisältävät yhteisen päämäärän, toisen työn tuntemisen, vuorovaikutustaidot, työnjaon määrittelemisen ja oman asiantuntijuuden sisäistämisen. (Kuorilehto 2014; Rautio 2014; Eloranta & Kuusela 2011; Kuusela ym. 2010; Xyrichis & Lowton 2008; Atwal & Caldwell 2006.) Johtaja on merkittävässä asemassa yhteistyön toimintaperiaatteiden luomisessa, seurannassa ja arvioinnissa sekä vuorovaikutusprosessien käynnistämisessä sekä ylläpitämisessä. (Kuorilehto 2014; Solheim 2007.) Toimivat yhteistyöprosessit ja hyvä työn organisointi ovat moniammatillisuuden toteutumisen edellytys, jonka perustana on ymmärrys diversiteetin vaikutuksesta erilaisiin prosesseihin. Henkilöstön riittävyys, yhteisen ajan löytymisen mahdollistaminen sekä säännölliset

tapaamiset, tiedonkulun onnistuminen sekä toimiva tietotekninen välineistö vaikuttavat myös yhteistyön toteutumiseen. (Eloranta & Kuusela 2011; Haataja ym. 2012.) Tiedon jakaminen terveydenhuollon työympäristössä on todettu olevan monimutkainen – osaltaan ristiriitoja aiheuttava prosessi. (Sibbald ym. 2013; Haataja ym. 2012.)

Esteinä moniammatilliseen toimintaan voivan niin ikään olla jäsenten motivaatio, tiimin jäsenten roolien ymmärrys ja tiimiin hyväksyminen, valtakysymykset, vuorovaikutus, toisten huomiointi ja tukeminen, toistuvat poissaolot, vähäinen ajankäyttö tiimin muodostukselle sekä tiimin sovittelu- ja ongelmanratkaisutaito. (Delva ym. 2008.) Aiemmat tutkimukset vahvistavat, että henkilöstön myönteisellä asenteella on hyvin merkittävä rooli yhteistyön onnistumisessa, koska terveydenhuollossa ajan puute ja henkilöstön vähäisyys ovat arkipäivän haasteita. (Eloranta & Kuusela 2010; Kuorilehto 2014.)

Moniammatillisuuden onnistumisen edellytys on palveluketjujen tarkastaminen ja kehittäminen kokonaisuutena peruspalveluista erityispalveluihin (Kuorilehto 2014). Moniammatillisuus luokin käytännössä pohjan toimivan palvelujärjestelmän kehittämiseen, tarkoituksenmukaisiin ja yhteneväisiin hoitokäytäntöihin, asiakkaiden hoidon jatkuvuuden turvaamiseen sekä ammattilaisten oman asiantuntijuuden ja yhteisasiantuntijuuden kehittymiseen (Eloranta & Kuusela 2011; Kuorilehto 2011).

Moniammatillinen asiantuntijuus edesauttaa yhteisöllisyyden muodostumista esimerkiksi terveydenhuollon erilaisissa muutosprosesseissa, jotka toteutetaan projekteina. Yhteisöllisyyttä lisää jokaisen tiimin jäsenen osaaminen ja asiantuntijuus yhteisessä tavoitteessa. Yhteisöllisyyden toteutuminen edellyttää vuorovaikutuksen myönteistä ilmapiiriä, projektiyhteisön ja verkoston tiivistä yhteistyötä ja projektipäälliköiden johtamistaitoja. (Kananen ym. 2015.) Näitä osatekijöitä voidaan pitää myös kokonaisuudessaan moniammatillisuuden toteutumisen edellytyksinä. Seuraavassa kuviossa (kuvio 2.) on esitetty terveysalan moniammatillisen johtamisen diversiteetin ilmenemisen tasot yksilö-, organisaatio- ja asiakaslähtöisyyden tasojen sekä niihin vaikuttavien mahdollisuuksien ja uhkien näkökulmasta moniäänisessä terveysalan yhteistyörakenteissa ja prosesseissa.



Kuvio 2. Terveysalan moniammatillisen johtamisen diversiteetin ilmenemisen tasot

Moniäänisyyden kohtaaminen projektien johtamisessa

Moniääniset terveysalan muutoksiin pyrkivät projektit

Moniääniset terveysalan muutoksiin pyrkivät projektit ovat moninaisuuden ilmenemismuoto, joiden avulla tehdään poikkihallinnollista yhteistyötä organisaatioiden sisällä ja niiden välillä (Sjöblom ym. 2013). Projekteilla tavoitellaan yleensä erilaisia muutoksia (Forssell ym. 2013), muiden muassa pyritään parantamaan potilaiden hoidon laatua ja muuttamaan hoitokäytäntöjä (Lehtopuu ym. 2012). Projekteilla on julkilausutusti vahva kytkös asiakaslähtöiseen ajattelutapaan. Terveysalan projektit ovat itsessään erilaisia: on olemassa pieniä projekteja ilman omia resursseja, ja laajoja projekteja, joilla on ulkopuolinen rahoitus (Suhonen & Paasivaara 2015.)

Terveysalan muutosprosessit toteutetaan usein projektien avulla (Pohjola ym. 2016) ja terveysalan projektijohtaminen linkittyy vahvasti muutoksen johtamiseen, mikä edelleen tekee johtamisen terveysalan projekteissa haastavaksi. Tässä yhteydessä käsitellään sekä pienissä että isoissa projekteissa ilmenevää moniammatillisuudesta kumpuavaa moniäänisyyttä ja sen kohtaamista sekä keskitytään kuvailemaan moniäänisyttä ja sen ilmentymistä terveysalan muutosprosesseihin kytkeytyvissä projekteissa. Moniäänisyyden tarkastelu rajataan muutokseen pyrkivien terveysalan projektien johtamisen kontekstiin.

Sosiaali- ja terveysalan projektien johtamisen käytänteissä korostuu usein perinteinen, niin sanottu kova projektijohtamisen näkökulma, joka näkyy esimerkiksi aikataulussa pysymisenä ja tavoitteellisuutena (Cicmil ym. 2009; Suhonen & Paasivaara 2011). Tämän lisäksi viime vuosina on alkanut painottua niin sanottu pehmeä projektijohtamisen näkökulma, jossa korostuvat esimerkiksi johtajan vuorovaikutustaidot (Lunkka ym. 2015). On esitetty, että pelkän kovan lähestymistavan mukainen projektin johtamisen tarkastelu ei puolla paikkaansa sosiaali- ja terveysalan projektien johtamisen kontekstissa siksi, että alan projektien tavoitteet ja lopputulokset ovat monimutkaisia, ja niitä on usein vaikea mitata (Aubry & Hobbs 2010). Sen sijaan pehmeiden, inhimillisiin voimavaroihin liittyvien tekijöiden painottaminen projektien johtamisessa on nähty keskeisenä onnistumisen avaimena (Nyström 2009). Koska ymmärrämme projektin tässä yhteydessä muodostuvan nimenomaan kommunikaatiossa rakentuvana moniammatillisuudesta kumpuavana moniäänisyyden prosessina, korostuu tässä yhteydessä projektijohtamisen pehmeä näkökulma. Tarkastelemme aikaisempaa terveysalan projektien pehmeän näkökulman tutkimuskirjallisuutta moniäänisyyden ja sen johtamisen haasteiden näkökulmasta ja etsimme vastausta kysymykseen: mitä uutta moniammatillisuuden ymmärtäminen moniäänisenä monimuotoisuutena terveysalan muutokseen pyrkivissä projektissa tuo aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta esiin?

Moniäänisyys nähdään toivottavana ilmiönä, koska se mahdollistaa erilaisten näkökulmien esiin tuomisen. Moniäänisyys voi kuitenkin näyttäytyä myös useisiin vastakkaisiin suuntiin vetävinä voimina, mikä ilmenee käytän-

nössä usein ristiriitoina tai äänen kuulumatta jäämisenä. Tämän vuoksi moniäänisyyteen keskittyminen on terveydenhuollon projektien johtamistyön kannalta kiinnostavaa. Tässä kirjan luvun ensimmäisessä osassa rakennettua ymmärrystä terveysalan moniammatillisuudesta kasvatetaan, vahvistetaan ja konkretisoidaan antamalla esimerkkejä tilanteista ja ilmiöistä, joissa monimuotoisuus moniäänisyytenä näyttäytyy muutosprojekteissa. Nämä tilanteet vaativat johtajalta erityistä osaamista moniäänisyyden hahmottamiselle ja tunnistamiselle, sekä kykyä ymmärtää erilaisia mahdollisuuksia kohdata moniammatillisuudesta kumpuavaa moniäänisyyttä.

Terveysalan projektit organisoitumisen näkökulmasta

Kun terveysalan projekteja tarkastellaan moniäänisyyden näkökulmasta, projektia ei käsitetä perinteisessä muodossaan tarkkarajaisena organisaationa, vaan ”amebamaisena”, jatkuvasti muotoutuvana kommunikaatioprosessina. Tällöin terveysalan projektin jatkuvasti kehittyvää rakentumista voidaan ymmärtää organisoitumisen käsitteen kautta. Siinä missä projektin tarkastelu organisaationa piirtää esiin projektin entiteettinä tai asioiden välisinä suhteina, projektin tarkastelu organisoitumisena mahdollistaa mielenkiinnon fokusoimisen siihen, miten projekti kommunikaation ja vuorovaikutuksen kanssa kontekstissaan rakennetaan olemassa olevaksi. (Weick 1995; 2009.)

Koska projektia tässä yhteydessä tarkastellaan organisaation sijaan organisoitumisen näkökulmasta muutosprosessin kontekstissa, terveysalan projektia tarkastellaan areenana, jossa käsitystä muutoksesta ja sitä kautta myös projektin etenemisestä ja tavoitteista rakennetaan kollektiivisesti kommunikaation avulla. Tällöin projekti rakennetaan ja muutosta pidetään yllä, tulkitaan, välitetään ja ymmärretään puheen eli kielen, keskustelun ja kielikuvien avulla monimerkityksellisesti ja moniäänisesti (Grant ym. 2005; Thurlow & Helms Mills 2009; Taskinen 2011). Tällaisen näkökulman mukaan ratkaisu onnistuneeseen projektiin ei löydy esimerkiksi oikeaoppisesta projektityökalujen implementoinnista tai huolellisesta muutoksen ja projektin suunnittelusta, vaan siitä, että ihmisille luodaan sellaiset olosuhteet, jotta he pystyvät raken-

tamaan käsitystä eli merkityksellistämään (engl. *sensemaking*) niin projektista kuin siihen kytkeytyvää muutosta onnistuneesti (Weick 2009). Niin projektin kuin projektiin kytkeytyvän muutosprosessin johtamisen näkökulmasta avainasemaan nousevat ne tekijät, jotka mahdollistavat moniäänisyyden projektissa sekä ne tekijät, jotka saavat projektiin osallistuvat toimijat osallistumaan ja sitoutumaan muutokseen pyrkivän projektin organisoitumisen moniääniseen kommunikaatioprosessiin. Jos johtaja ymmärtää ja on tietoinen siitä, mitä organisoitumisen ja käsityksen rakentamisen prosessi muutoksesta vaatii, osaa hän paremmin tukea näitä prosesseja. Tämä lisäksi johtaja kykenee johtamaan projektia tavalla, mikä tukee projektiin osallistuvien sitoutumista moniääniseen kommunikaatioprosessiin. (Ks. Weick 2009.)

Weick (2009) on nostanut esiin neljä osatekijää, jotka ovat oleellisia onnistuneelle käsityksen rakentamiselle muutoksesta. Ensinnäkin, eri toimijat tulee saada toimimaan ja pysymään toiminnassa, jotta he saavat kokemuksia ja siten löytävät uusia mahdollisuuksia edetä tilanteessa. Toiseksi, toimijoille tulee tarjota suunta, jota kohti mennään. Kolmanneksi, toimijoita tulee rohkaista jatkuvasti päivittämään tilannetta ja katsomaan tarkasti, mitä oikeastaan on tapahtumassa. Ja neljänneksi, eri toimijoiden välille tulee luoda arvostavaa vuorovaikutusta, jossa luottamus, luotettavuus sekä itsearvostus luovat sellaista tasa-arvoisuutta, jossa ihmisten on mahdollista rakentaa vakaata tulkintaa siitä, mitä he kohtaavat.

Keskeisiksi asioiksi muutokseen tähtäävässä terveysalan projektin organisoitumisessa nousevat näin ollen ne tekijät, joiden avulla projekti saa aikaan toimintaa ja projektiin osallistuvat toimijat saadaan pysymään toiminnassa sekä se, miten toiminta saadaan kohdennettua muutoksen kannalta oleellisiin asioihin (Thomas 2012). Projektit voidaankin nähdä moniäänisinä merkitysten materialisoitumisen ja rakentamisen areenoina, jotka kokoavat projektiin osallistuvat ihmiset yhteen antaen heille mahdollisuuden arvioida muutokseen liittyviä asioita ja ilmiöitä sekä keskustella, neuvotella ja argumentoida niistä (Lunkka & Suhonen 2015; Lunkka ym. 2015). Projektin hallintamenetelmien ja projektityökalujen arvo näkyy siinä, että ne auttavat toimijoita kohdentamaan ja keskittymään muutoksen kannalta oleellisiin asioihin (Lunkka

ym. 2015). Projekti myös tarjoaa toimijoille suunnan jota kohti kulkea ja jonka valossa muutoksen merkitystä voidaan rakentaa.

Seuraavaksi käsitelemme tarkemmin johtajan vuorovaikutustaitoja sekä siihen liittyviä keskeisiä moniäänisyyteen liittyviä ulottuvuuksia, joita aikaisemman kirjallisuuden mukaan ilmenee moniammatillisten terveysalan projektien johtamisessa. Haasteena edellä läpikäytävissä teemoissa ja tilanteissa on johtajan kyky tunnistaa ja kohdata moniäänisyys, sekä ymmärtää moniäänisyyden kohtaamiseen liittyviä johtamisen näkökulmia.

Vuorovaikutustaidot ja moniäänisyys terveysalan projektien johtamisen keskiössä

Tutkimusten perusteella ihmisiin keskittyminen johtamisessa ehkäisee ristiriitojen syntymistä, edistää syntyneiden ristiriitojen käsittelyä ja vahvistaa luottamusta siihen, mitä projektissa ollaan tekemässä (Ruokamo ym. 2012). Ihmisiin keskittyvässä johtamisessa hyvät vuorovaikutustaidot ovat olennaisessa roolissa. Johtajan vuorovaikutustaidot – kuunteleminen, oikeudenmukainen johtaminen, sekä runsas ja avoin vuorovaikutus – korostuvat myös moniäänisyyden kohtaamisessa terveysalan projekteissa. Johtaja on tärkeässä roolissa vuorovaikutuksen edistäjänä projektin työryhmissä. (Ruokamo ym. 2012.)

Keskeiset vuorovaikutustaidot muodostuvat tässä yhteydessä avoimesta keskustelusta ja kannustamisesta. Yhteistyön ja vuorovaikutuksen kautta syntyy luottamusta vahvistavia kokemuksia (Hämäläinen ym. 2014; Ruokamo ym. 2012), joiden pohjalta johtajan on helpompi kohdata ja käsitellä moniäänisyyttä. Dialogi ja parhaimmillaan yhdessä ajattelu ovat myös keinoja osallistaa henkilökuntaa ja ottaa huomioon työntekijöiden odotukset ja käsitykset (Ruokamo ym. 2012). Voidaankin todeta, että avoimella vuorovaikutuksella luodaan luottamusta, joka edelleen mahdollistaa kommunikatiivisen prosessin realisoitumisen projektin kontekstissa (Weick 2009).

Sosiaalisen vuorovaikutuksen tuoma avoin ilmapiiri ja luottamuksellisuus edistävät moniammatillisen työryhmän jäsenten tutustumista toisiinsa, mikä

auttaa johtajaa kohtaamaan myös erilaisia tunnereaktioita (Hämäläinen ym. 2014). Esimerkiksi kokemukset kilpailusta ja eriarvoisuudesta voivat johtaa erilaisiin tunnereaktioihin työyhteisössä. Avoimen ilmapiirin ja vuorovaikutuksen kautta erilaiset näkökulmat hioutuvat paremmin yhteen ja erilaisia intressejä voidaan sovittaa yhteen. Koska vuorovaikutus ja yhteistyö koetaan myös luottamusta vahvistaviksi tekijöiksi (Laine 2008), on johtajan tärkeää kiinnittää erityistä huomiota näitä tukevien tekijöiden toteutumiseen.

Käytännössä johtajan on tärkeää varata projektien käynnistymisvaiheeseen riittävästi aikaa, jotta asiantuntijat voivat tutustua toisiinsa ja olla mahdollisimman paljon vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Suhonen & Paasivaara 2015). Tällöin asenteet toisia kohtaan ja mahdolliset ennakkoasenteet ammattikuntien ja terveydenhuollon eri sektoreiden välillä saattavat vuorovaikutuksen avulla hioutua, ja näiden asioiden yli on mahdollista päästä ilman suuria ristiriitoja. Tätä kautta käsityksen rakentaminen käsillä olevasta tilanteesta ja muutoksesta mahdollistetaan projektissa (Lunkka & Suhonen 2015).

Onnistunut terveysalan muutokseen tähtäävä projekti hyötyy siitä, että projektijohtajan lisäksi myös muilla projektin toimijoilla on hyvät vuorovaikutustaidot. On kuitenkin muistettava, että organisoitumisen näkökulmasta vuorovaikutustaidot eivät liity pelkästään yksilön henkilökohtaisiin ominaisuuksiin. Prosessuaalisesta näkökulmasta tarkasteltuna yksilö rakentaa käsitystä käsillä olevasta asiasta tai tilanteesta tietyssä kontekstissa, mikä tarkoittaa, että niin organisaatiossa kuin projektissakin vallalla olevat säännöt, rutiinit ja käytänteet ohjaavat vahvasti, mitä voi sanoa ja miten käyttäytyä (Thurlow & Helms Mills 2009). Pahimmillaan nämä tekijät voivat aiheuttaa sen, että kaikki projektiin osallistuvat eivät ole tasavertaisia vuorovaikutusprosessissa, jonka kautta moniäänisyys mahdollistuu. Tasavertaisen, arvostavan ja luottamuksellisen vuorovaikutuskulttuurin luominen projektiin on ensiarvoisen tärkeää, jotta mahdollisesti ristiriitainenkin moniäänisyys saadaan esiin ja niistä pystytään keskustelemaan riittävästi (Lunkka ym. 2015). Tässä korostuu projektijohtajan rooli.

Seuraavaksi käsittelemme tarkemmin terveysalan projektien johtamisen näkökulmasta, miten luottamus ja tunteiden huomioiminen voidaan nähdä

moniäänisyyttä tukevina tekijöinä, miten epävarmuus voi lisätä moniäänisyyttä, miten niin sanottu hajottava moniäänisyys voi olla esteenä avoimelle ja luottamukseen perustuvalle moniäänisyydelle, sekä miten vertaistuki voi tukea projektijohtajaa moniäänisyyden kohtaamisessa.

Luottamus kivijalkana

Luottamus on nähty yhdeksi tärkeimmäksi ominaisuudeksi terveysalan moniammatillisten projektien ilmapiirin näkökulmasta. Samalla luottamuksen edistäminen koetaan keskeisenä johtajuuteen liittyvänä haasteena. (Suhonen & Paasivaara 2011.) Luottamus on myös olennainen osa moniäänisyyden kohtaamisessa (Hämäläinen ym. 2014; Trittin & Schoeneborn 2015), sekä edellytys sille, että vuorovaikutus voi olla avointa. Onnistunut käsityksen rakentaminen muutoksesta vaatii avointa ja rehellistä vuorovaikutusta, jolloin kaikki, myös toisistaan ristiriitaiset näkökulmat voidaan tuoda julki. Arvostava vuorovaikutus, jossa luottamus, luotettavuus ja itsearvostus luovat tasa-arvoisuutta, mahdollistaa projektin toimijat rakentamaan stabiilia käsitystä tavoiteltavasta muutoksesta. (Weick 2009.)

Tässä yhteydessä luottamus ymmärretään ihmisten välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön kautta muodostuvana toimintaan positiivisesti vaikuttavana, vastavuoroisena ilmiönä (Laine 2008; Korkala 2010), joka rakentuu ja vahvistuu kokemuksista. Luottamusta esiintyy silloin, kun toimijoilla on sellainen käsitys, että toiseen voi luottaa (Virtanen & Stenvall 2009). Luottamus on johtamisen näkökulmasta välttämätöntä sekä yksilöille että organisaatioille (Tansley & Newell 2007). Luottamus ilmenee ihmisten välisenä avoimuutena, rehellisyytenä ja pyyteettömänä tukena (Laaksonen 2008; Serap & Ulku 2010), sekä heidän positiivisena käsityksenään oikeudenmukaisesta käyttäytymisestä toisia kohtaan (Laschinger ym. 2012). Johtamisessa luottamus on noussut olennaiseksi arvoksi (Laine 2008; Laschinger ym. 2012).

Luottamuksen kielteinen puoli on epäluottamus (Gilson 2003), jota myös moniammatillisissa projekteissa saattaa esiintyä. Sen seurauksena voi olla se, että luotetaan vain samalla tavalla ajatteleviin, "oman" kaltaisiin ihmisiin

(Patterson 1999), kuten saman ammattiryhmän edustajiin. Epäluottamus saattaa johtaa myös toimintatapojen epäeettisyyteen (Warren 1999) ja luottamuksen väärinkäyttöön (Offe 1999), mikä puolestaan voi aiheuttaa toimijoiden välille kilpailua. Luottamus ja epäluottamus ovat osa ristiriitojen kohtaamista, ja johtajan tehtävänä on tunnistaa nämä ilmiöt voidakseen reagoida niihin. Esimerkiksi kokemukset eriarvoisuudesta voivat ruokkia epäluottamusta moniäänisissä projekteissa, minkä vuoksi tärkeäksi tekijäksi johtajan näkökulmasta nousee orastavan epäluottamuksen ja sitä ruokkivien asioiden tunnistaminen.

Luottamuksen rakentaminen ja vahvistaminen vaativat johtajalta ensisijaisesti avoimuutta ja läpinäkyvyyttä kaikissa projektin toimintaan liittyvissä asioissa (McFarlane ym. 2011), sekä sosiaalisen, responsiivisen vuorovaikutuksen merkityksen korostamista (Hsu ym. 2011; Lindell 2011). Selkeästi ilmaistu projektin tavoite (Hsu ym. 2011), selkeä rooli- ja vastuunjako (Laine 2008), sekä toiminnan ohjaaminen ja seuranta synnyttävät luottamusta johtajaa ja projektia kohtaan. Tämä saa projektiin osallistuvat tuntemaan, että heitä kunnioitetaan (Laschinger ym. 2012), mikä edistää luottamusta. Myös selvät, yhdessä sovitut ja omaksutut toimintaa ohjaavat säännöt, joita projektissa noudatetaan, synnyttävät luottamusta (Fukuyama 1996). Ne lisäävät työyhteisön jäsenten toiminnan ennustettavuutta ja tasapuolisuutta sekä yhteistyötä (Llewellyn 2010) lisäten luottamusta sekä johtajaa, että projektia kohtaan.

Oleellinen kysymys on, ymmärtääkö johtaja itse oman asemansa ja roolinsa tärkeyden luottamuksen edistämisessä ja ylläpitämisessä? Aiempien tutkimusten mukaan terveysalan johtajien on tärkeää olla tietoisia oman asemansa merkittävyydestä luottamuksen rakentajina ja vahvistajina työyhteisössä muutosprojektien aikana (Laschinger ym. 2012). Johtajan toiminta ei vaikuta yksin luottamukseen johtajaa kohtaan, vaan se vaikuttaa työyhteisön jäsenten luottamukseen koko projektia kohtaan. Projektiryhmän toiminnan johtamisessa vastuu on usein lähijohtajalla. Silloin lähijohtaja voivat kokea organisaation ylemmältä tasolta tulevat muutoshaasteet ja vastuun niiden viemisestä operatiiviselle tasolle ongelmallisena oman työyhteisön vastavuoroisen luottamuksen säilymiselle. Tästä syystä myös ylemmän johdon näkyvyys ja tunne ylem-

män johdon läsnäolosta muutosprojektissa on tärkeää (Hämäläinen ym. 2014), mikä myös vahvistaa omalta osaltaan luottamusta muutosprojektia kohtaan.

Tunneäly mahdollistajana

Useiden tutkimusten perusteella johtajan tunneälytaito edistää moninaisuuden kohtaamista, sillä tunneälykkäät johtajat viestivät avoimesti ja kuuntelevat työntekijöitään (Paasivaara 2012.) Tunneälykkäät johtajat ovat myös ennakoivia (Sunindijo ym. 2007), ja heillä on kyky edistää työyksikkönsä henkisyyttä (Pirkola ym. 2016). Tunneälykkääseen johtamiseen moniammatillisten projektien kontekstissa voidaan liittää hyvin pitkälti samoja ulottuvuuksia kuin luottamuksen vahvistamiseen, kuten oikeudenmukaisen johtamisen, jokaisen tasapuolisen kuuntelemisen, kunkin mielipiteen arvostamisen, toisen ihmisen inhimillisen kohtaamisen, vertaistuen tarjoamisen ja vastaanottamisen, sekä luottamuksellisen ilmapiirin luomisen. (Suhonen & Paasivaara 2011.) Johtajan on näiden taitojen avulla mahdollista kohdata moniäänisyyttä rakentavalla tavalla.

On osoitettu, että monet voimakkaat tunteet synnyttävät tarvetta rakentaa käsitystä tunnetta aiheuttavasta asiasta tai tilanteesta, mikä edelleen lisää kommunikaatiota ja moniäänisyyttä. Muutoksen aiheuttamat pelot, huolestumiset ja turhautumiset ovat tyypillisiä reaktioita projektin toimijoiden keskuudessa. Kielteisetkin tunteet ovat moniäänisyyden näkökulmasta hyödyllisiä, koska ne sitouttavat yksilön vuorovaikutteiseen käsityksen rakentamisen prosessiin. (Maitlis ym. 2013.) Vaarana kuitenkin on, että näitä tunteiden aiheuttamia kommunikaatiotarpeita pidetään epäasiallisina eikä niitä osata hyödyntää projektin organisoitumisen johtamisessa. Johtajalta vaaditaankin taitoa valjastaa nämä tunteiden laukaisemat tarpeet muutosprosessin hyväksi mahdollistamalla riittävästi tilaa käsitellä asiaa ja rohkaisemalla tunteiden herättämää moniäänisyyden esiin tuomista. Tähän vaaditaan arvostavaa ja luottamusta herättävää vuorovaikutusta ja tilaa käsitellä asioita yhdessä (Lunkka ym. 2015).

Tunneälytaito on nähty haasteelliseksi taidoksi, mutta se on myös nähty taidoksi, jota on mahdollista oppia. Johtamisen näkökulmasta aiemmasta projekteihin liittyvästä johtamiskokemuksesta on väistämättä hyötyä seuraavissa projekteissa. Kun johtajalla on tunnetilojen tulkinnasta ja voimakkaidenkin reaktioiden käsittelystä aiempaa kokemusta, näiden käsittely koetaan helpommaksi kuin ilman aiempaa kokemusta (Hämäläinen ym. 2014). Vaikka tunnereaktioiden kohtaaminen koetaan yleensä haasteelliseksi, voimakkaat negatiiviset reaktiot ovat tärkeä tekijä prosessin onnistumisen kannalta (Kesti ym. 2009). Johtajan ymmärrys tästä ja reaktioiden taustalla olevista asioista on tärkeää. Voimakkaiden reaktioiden taustalla saattavat vaikuttavat työntekijän omat arvot, jotka voivat aluksi olla ristiriidassa moniammatillisen projektiryhmän kanssa horjuttaen luottamusta vuorovaikutteista johtamista kohtaan (Vuorinen 2008). Siksi arvokeskustelu myös projektissa, sekä henkilökohtaisista että organisaation arvoista on tärkeää (Juppo 2011) myös moniäänisyyden kohtaamisen kannalta.

Myös työntekijän kokonaisvaltainen huomioiminen muutosprojektin aikana (Syväjärvi & Vakkala 2012) liittyy johtajan tunneälytaitoihin. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että johtajat tiedostavat, että tunnetilojen ja työskentelyn taustalla vaikuttavat myös työntekijöiden henkilökohtaiset asiat (Hämäläinen ym. 2014). Ymmärrys siitä, että työntekijät kuljettavat mukanaan elettyä elämäänsä ja että työntekijät eivät ole erillisiä muusta henkilökohtaisesta elämästään työpaikallaan, saattaa auttaa projektijohtajaa ymmärtämään moniäänisyyttä ja siihen liittyviä sävyjä.

Epävarmuuden kohtaaminen

Terveysalan projekteissa ilmenee usein eritasoista epävarmuutta, mikä lisää epävarmuudesta kumpuavaa moniäänisyyttä. Täten epävarmuuden sietäminen on yksi tärkeä osa-alue terveysalan johtajuudessa moniäänisyyden kohtaamisen näkökulmasta. Esimerkiksi tällä hetkellä terveysalan suuri tulevaisuudenkuva on epäselvä, mikä itsessään aiheuttaa moniäänisyyttä terveydenhuollos-

sa. Suppeammasta mittakaavasta tarkastellen esimerkiksi projektien epäselvät tavoitteet aiheuttavat usein projektityöntekijöissä epävarmuuden tunnetta.

Terveysalan projektissa ilmenee usein epävarmuutta itse muutokseen liittyen, minkä kohtaamisessa ja käsittelemisessä johtaja voi hyödyntää ymmärrystään organisoitumisen prosessista. Johtajan kyky sietää epävarmuutta sekä kyky tukea projektin eri toimijoita löytämään projektille yhteinen, kaikkia hyödyttävä päämäärä edistää muutosprojektin onnistumista ja samalla kestävää kehittämistyötä ja työntekijöiden työhyvinvointia. Muotoilemalla kaikkia projektin toimijoita koskettava merkitys projektille, projektin johtaja lisää mielekkyyttä projektityölle. Käytännössä mahdollisimman selvien yhteisten, jaettujen tavoitteiden muotoileminen ja niihin sitoutuminen vähentävät ristiriitoja ja auttavat niiden kohtaamista moniammatillisessa yhteistyössä. (Suhonen & Paasivaara 2015; Ruokamo ym. 2012.) Tämä voidaan nähdä johtajuuden keinona saada projektin toimijat fokusoitumaan olennaiseen (Lunkka & Suhonen 2015), pysymään toiminnassa ja suuntaamaan toiminnan kohti tavoiteltavaa päämäärää (Weick 2009; Thomas 2012).

Organisoitumisen näkökulmasta muutos projektissa rakentuu kommunikaatiossa, joten olennaista on jatkuva toiminta, liikkeellä pysyminen ja fokuksen kohdistaminen siihen, mitä on tekeillä, ei niinkään varmuus siitä, mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Tämän ymmärtäminen antaa muutoksen ja projektin johtamiseen ja siihen liittyvään epävarmuuteen uuden tulokulman ja johtaja voi keskittyä mahdollistamaan, tukemaan ja luomaan mahdollisimman suotuisat olosuhteet vuorovaikutuksessa tapahtuvalle kollektiiviselle ymmärryksen rakentamiselle projektissa. Pitämällä huolen, että toiminta pysyy yllä ja tavoite kirkkaana, ja että projektissa saavutetaan aktiivinen ja arvostava vuorovaikutusilmapiiri, muutosprojekti kaikkein todennäköisemmin onnistuu tavoitteisiinsa nähden huolimatta siitä, että tulevaisuudenkuva on epäselvä (Weick 2009).

Myös johtajan taito auttaa työntekijöitä sietämään epävarmuutta on tärkeää moniäänisyyden kohtaamisessa. Yksi epävarmuutta aiheuttava tekijä terveysalan projektityössä on se, että työntekijät kokevat epävarmuutta käynnistyvien uudistusten ja projektien päämäärien lisäksi omista työuristaan, sillä

ketjutetut määräaikaiset työsopimukset ja työsuhteiden jatkuvuuden epäselvyys ovat terveysalan työntekijöiden arkipäivää (Suhonen & Paasivaara 2015). Myös tämä voi lisätä epävarmuudesta kumpuavaa moniäänisyyttä projekteissa.

Hajottava moniäänisyys

Johtajuuden näkökulmasta on tärkeää ymmärtää, että projektin toimijan rakentaessa käsitystään projektista ja siihen kytkeytyvästä muutoksesta, hän rakentaa sitä oman identiteettinsä kautta (Weick 1995). Toisin sanoen, projektin toimijan identiteetti (johon myös hänen ammatti-identiteettinsä kuuluu) vaikuttaa vahvasti siihen, miten hän rakentaa käsitystä muutoksesta ja käsillä olevasta tilanteesta. Tästä syystä eri toimijoilla projektin kontekstissa on usein ristiriitaisia käsityksiä esimerkiksi siitä, mikä on olennaista muutoksen kannalta tai mikä tieto on relevanttia. (Weick 2009.) Tämä näkyy erityisen selvästi moniammatillisissa projekteissa, joissa voi esiintyä asiantuntijoiden erilaisiin intresseihin ja niiden yhdistämiseen liittyvää kilpailua. (Suhonen & Paasivaara 2015.)

Johtaja tarvitsee näin ollen taitoja sovittaa erilaisista intresseistä nousevat erilaiset äänet yhteen. Selkeiden, mahdollisimman konkreettisten tavoitteiden ja osatavoitteiden asettaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa edistää erilaisten toiveiden, odotusten ja vaatimusten yhteensovittamista. Lisäksi johtajalta vaaditaan taitoa luoda visio, joka koskettaa kaikkia projektin toimijoita, sekä taitoa kommunikoida tavalla, joka tavoittaa projektin eri toimijoiden käyttämän kielen ja identiteetin (Lunkka & Suhonen 2015). Johtaja tarvitsee siis merkitysten johtamisen taitoa; taitoa luoda muutokselle merkitys, joka on projektiin osallistuvien mielestä vakuuttava ja uskottava (Weick 1995).

Kun työryhmän jäsenten keskinäinen tuki ei ole riittävää, projektin on vaikea saavuttaa tavoitteensa, vaikka tavoitteet olisi selkeästi määritelty. On huomattu, että moniammatillisessa projektissa syntyy herkästi jännitteitä toisten toimijoiden tukemisen ja keskinäisen kilpailun välillä (Pohjola ym. 2016). Tämä voi aiheuttaa projektiin ikään kuin kilpailevaa moniäänisyyttä, jonka nimeämme tässä yhteydessä ”hajottavaksi moniäänisyydeksi”. Hajottava

moniäänisyys on tarkoituksellisen provosoivaa eikä konsensushakuista. Esimerkiksi KASTE-projekteissa, jotka ovat laajoja sosiaali- ja terveysalan kehittämisprojekteja, on havaittu ristiriitoja ja suoranaisia kamppailuja niin asiantuntijoiden kuin eri organisaatioiden välillä (Suhonen & Paasivaara 2015).

Hajottava moniäänisyys näyttäytyy perustaltaan monitasoisena. Se saattaa liittyä vain yksittäisiin työntekijöihin tai kokonaisiin ammattikuntiin tai organisaatioihin. Hajottava moniäänisyys saattaa perustua projektiin osallistuvien henkilöiden ominaisuuksiin, kuten luonteeseen, ammattiin tai heidän asemaansa omassa taustaorganisaatiossaan. Näihin liittyen projektiin osallistuvat saattavat esimerkiksi kokea, että toiset saavat enemmän puheaikaa ja heitä kuunnellaan muita enemmän työryhmässä. Tästä puolestaan saattaa aiheutua tunne, ettei kaikkien työpanos ole yhtä arvokas projektin näkökulmasta. Lisäksi esimerkiksi voimakkaiden persoonien läsnäolo projektiryhmässä saattaa heikentää toisten intoa osallistua keskusteluun ja saada sitä kautta äänensä esiin. Koska tunne osallisuudesta on jokaisella henkilökohtainen, voi tunne omien osallistumismahdollisuuksien heikkenemisestä aiheuttaa moniäänisyyden vähenemistä ja myös sitoutuminen projektiin voi heiketä. (Suhonen & Paasivaara 2015; Pohjola ym. 2016.)

Hajottava moniäänisyys voi pohjautua myös perinteisiin ammattikuntien välisiin hierarkioihin, kuten siihen, että lääkäreillä arvioidaan olevan muita ammattiryhmiä enemmän vaikutusvaltaa (Bender ym. 2013). Heillä voidaan nähdä olevan enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa myös projektin vuorovaikutteiseen rakentumiseen verrattuna muihin ammattikuntiin, esimerkiksi sairaanhoitajiin. Ammattiryhmien välillä voi olla tämän kaltaisia olettamuksia, jotka saattavat realisoitua myös terveysalan projektien ja muutoksen organisoitumisessa, ja joita voi olla vaikeaa ylittää yksittäisissä projekteissa. Tämä asettaa haasteita johtajuudelle.

Sekä yksilöön että ammattikuntien välisiin hajottavaan moniäänisyyteen liittyvissä tilanteissa johtajan toiminnalla on suuri merkitys. Ensinnäkin johtajalta vaaditaan ymmärrystä tällaisista toiminnan taustalla vaikuttavista tekijöistä ja perinteisistä ajattelumalleista. Toiseksi hän tarvitsee vahvoja vuorovaikutustaitoja ja kykyä luoda merkityksiä yli ammattikuntarajojen. Johtajuuden

keskeiseksi ulottuvuudeksi nousee moniäänisyyden tukeminen ja sen myötä riittävän suuren yhteisen näkemyksen löytäminen, minkä avulla projektille voidaan luoda kaikkia hyödyttävä tavoite. Eriarvoisuuden tunne suhteessa toisiin on vahingollista, koska se etäännyttää moniammatillisesta toiminnasta, estää moniääniseen kommunikaatioprosessiin sitoutumista ja saattaa heikentää myös projektin etenemistä ja onnistumista. Tällöin keskinäisen luottamuksen ja toisten arvostuksen tärkeys korostuvat.

Yksilöihin ja ammattikuntiin liittyvän hajottavan moniäänisyyden lisäksi myös organisaatioiden välinen hajottava moniäänisyys asettaa haasteita terveysalan projektijohtamiselle. Suuri organisaatio saattaa sanella tavoitteita pienemmälle organisaatiolle omasta näkökulmastaan (Suhonen & Paasivaara 2015), mikä voi olla yhtenä esteenä onnistuneelle kommunikaatioprosessille projektin jäsenten kesken. Näiden asioiden tunnistaminen ja johtajan vetämä ja ylläpitämä avoin keskustelu koko moniäänisen projektin keskuudessa on pääkeino estää ja käsitellä organisaatioiden välisiä ristiriitoja.

Johtajan näkökulmasta kaikki eritasoiset hajottavuudet moniäänisyydessä ovat haasteellisia, sillä ne voivat vaikuttaa vahingoittavasti tavoiteltavaan muutokseen estämällä tasaveroisen moniäänisyyden toteutumista ja sitä myötä kommunikaatioprosesseihin osallistumista ja sitoutumista projektissa. Terveysalan projektien johtajalta vaaditaankin taitoa tunnistaa hajottava moniäänisyys muutokseen pyrkivän projektin kommunikaatioprosessissa, sekä taitoa ”suitsia” hajottavaa moniäänisyyttä luomalla projektiin sellainen toimintakulttuuri, jossa jokaisen panos otetaan huomioon ja erilaisten, ristiriitaistenkin näkemysten esiin tuomista rohkaistaan. (Lunkka ym. 2015.)

Vertaistuki – olennaista mutta harvinaista

Kuten edellä on käynyt ilmi, projektin johtajan ymmärrys organisoitumisen näkökulmasta auttaa häntä ymmärtämään vuorovaikutuksessa rakentuvan projektin toimintaa ja mahdollistamaan sitä tukevia ulottuvuuksia projektin kontekstissa kykyjensä mukaan. Kuitenkin myös johtaja itse tarvitsee tilaa omien ajatustensa prosessoinnille. Tähän vertaistuki antaa yhden hyvän

mahdollisuuden. Tarkastelemalla käsillä olevaa tilannetta avoimesti ja luottamuksellisesti vertaisten kanssa johtaja rakentaa merkitystä tilanteesta ja tekee selkoa, mikä on oleellista ja mikä ei; sanoittamalla tilanteen johtaja aktiivisesti rakentaa ymmärrystään tilanteesta (Weick 1995).

Vertaistuki liittyy vahvasti yhteisöllisyyteen. Terveysalalla on tutkimusten perusteella haasteita yhteisöllisyydessä, vaikka juuri myönteinen yhteisöllisyys voi olla yksi ristiriitojen syntymistä ehkäisevä tekijä. Vertaistuesta projektien yhteydessä on ristiriitaista tutkimustietoa. Joidenkin tutkimusten mukaan terveysalan projekteissa yhteisöllisyys on havaittu vähäiseksi (Lindgren & Packendorff 2007), vaikka toisaalta projekteissa on havaittu olevan vahvaa vertaistukea, joka on nähty yhtenä projektien onnistumista edistävänä tekijänä (Suhonen & Paasivaara 2015). Aiempien tutkimusten perusteella vertaistukea ja tiimitunnetta arvostetaan tärkeänä voimavarana ja johtamisen tukena projekteissa, joskin yksilöiden kokemukset näiden olemassaolosta vaihtelevat (Suhonen & Paasivaara 2015).

Terveysalan projekteissa vertaistuki näkyy etenkin vahvana tiimitunteena. Sen sijaan johtajien välistä vertaistukea projekteissa ei ole tiettävästi tutkittu. Tiimitunteen voidaan nähdä korvaavan yhteisten ohjeiden puutetta ja lievittävän kaaoksen tunnetta terveysalan moniammatillisissa projekteissa, joten vertaistuella on yhtymäkohtia aiemmin käsitellyn epävarmuuden sietämisen kanssa. Vahva vertaistuki on myös yksi tekijä, joka edistää asiantuntijoiden pysymistä terveysalan moniammatillisissa projekteissa, joten myös pitkän tähtäimen näkökulmasta, johtajien on tärkeää edistää vertaistukea (Suhonen & Paasivaara 2015). Lisäksi etenkin vähän tutkittua johtajien välistä vertaistukea projekteissa on tärkeää edistää, kehittää ja ylläpitää.

Voidaankin todeta, että johtajat hyötyvät vertaistuesta moniäänisyyden kohtaamisessa. Siksi yhä tiiviimpi verkostoituminen, kouluttautuminen, hallinnollinen työnohjaus ja mentorointi voidaan nähdä moniäänisyyden sietämisen ja kohtaamisen keinoina sekä myös vuorovaikutusosaamisen ja sitä kautta johtajan oman kasvun vahvistumisen keinoina. Kaikilla johtajilla ei kuitenkaan ole taitoa antaa tai ottaa vastaan vertaistukea, sillä oman toimin-

nan reflektointi edellyttää myös kykyä ottaa vastaan tukea toisilta (Suhonen & Paasivaara 2015).

Diskussio

Tässä kirjan kappaleessa olemme lähestyneet diversiteetin käsitettä perinteisestä instrumentaalisesta tai kriittisestä näkökulmasta poiketen ja tarkastelleet diversiteettiä moniammatillisen johtamisen ja moniäänisen kommunikaatio-prosessin näkökulmasta. Olemme rajanneet diversiteetin tarkastelun varsin epätyypilliseen tapaan moniammatillisuudesta kumpuavaan moniäänisyyteen. Moniammatillisuuden tiedetään aiheuttavan terveysalan johtamiseen runsaasti ristiriitoja ja haasteita (Kuorilehto 2014; Hämäläinen 2013; Haataja 2012; Choi & Pak 2006; Serap & Ulku 2010; D'Amour & Oandansen 2005), minkä ymmärrämme näyttäytyvän organisoitumisen prosessissa eri suuntiin vetävinä äāninä, jopa hajottavana moniäänisyytenä. Olemme tarkastelleet moniäänisyyttä yleisesti terveysalan johtamisen kontekstissa sekä tämän lisäksi terveysalan muutoksiin pyrkivien projektin johtamisen kontekstissa.

Moniäänisyyden kohtaamisen tarkastelu fokusoituu tässä kirjan kappaleessa lähinnä johtajan osaamiseen ja taitoihin, etenkin vuorovaikutustaitoihin, mikä jättää tyypillisesti moniäänisyyden tarkasteluun liittyvän kontekstuaalisuuden huomioimisen niukaksi. Merkittävä tekijä rajaukseemme löytyy moniammatillisuuden näkökulmasta tehtyjen tutkimusten luonteesta, joissa implisiittisenä olettamuksena tutkimuksissa on ollut toimijuuden autonominen luonne (Hämäläinen 2013; Haataja 2012; Petri 2010; D'Amour & Oandansen 2005). Vaikka esimerkiksi terveysalan projekteja on tarkasteltu niin sanotun pehmeän näkökulman kautta, tässä yhteydessä tarkastelun kohteena olleet tutkimukset olivat keskittyneet lähinnä tutkittavan ilmiön kuvailuun, eivät niinkään organisoitumisen tulkintaan.

Tämä osoittaakin sen, että terveysalalla on jatkossa tarpeen tehdä enemmän moniäänisyyttä tarkastelevaa prosessitutkimusta, jossa kommunikatiivisuus ymmärretään enemmän kuin vuorovaikutustaitona. Analyysitasoa laajennetaan ilmiöiden kommunikaatiossa rakentumiseen, jolloin pystytään

selvittämään esimerkiksi sitä, miten kommunikaatiolla organisaatiota jatkuvasti rakennetaan olemassa olevaksi, miten historiallisuus ja kontekstuaalisuus tähän prosessiin vaikuttaa, keiden ääni saa kuulua, keiden ääni puolestaan marginalisoidaan, millaisia positioita eri äänillä on mahdollista ottaa, ja niin edelleen. Tällöin olisi mahdollista tarkastella myös ”perinteisemmän” diversiteetti -käsityksen valossa esimerkiksi iän, sukupuolen tai etnisyyden moniäänistä rakentumista sekä yhdistää tutkimukseen intersektoraalisuuden näkökulmaa.

Näemme kuitenkin, että valitsemallamme näkökulmalla on annettavaa käytännön johtamistyölle. Kuten aiemmissa tutkimuksissa (Hämäläinen ym. 2014; Kuorilehto 2014; Haataja ym. 2012; Paasivaara 2012) on todettu, terveysalan jatkuvat muutosprosessit sekä toimintaympäristön monitasoisuus asettavat johtajille entistä suurempia johtamisosaamisen vaatimuksia, minkä vuoksi tarvitaan yhä laaja-alaisempaa ja ihmisten johtamisen osalta syvällisempää otetta moninaisuuden ja ristiriitaisuuden kohtaamisessa. Moniäänisyyden ja organisoitumisen näkökulman ymmärtäminen voi auttaa johtajaa selviämään näistä haasteista ja antaa johtajalle uusia ajattelun välineitä kohdata näitä haasteita.

Terveysalan moniäänisyys voidaankin nähdä johtamisen voimavarana, jos johtajalla on taitoa valjastaa tämä organisoitumisen prosessin ”raaka-aineeksi”. Tällaisen lähestymistavan mukaan terveysalan johtamisessa oleellista on, että johtajalla on ymmärrys siitä, mitä kommunikaatiossa rakentuva organisoitumisen prosessi tarkoittaa, mitkä tukevat tai estävät sitä ja miten eri toimijat saadaan sitoutumaan yhteiseen käsityksen rakentamiseen käsillä olevasta tilanteesta. Haasteet eivät näyttäydy silloin niinkään yksilöihin tai organisaatioon liittyvinä, vaan enemmänkin käytänteisiin liittyvinä, joiden kautta niin projektiin osallistuvat kuin projektin johtajatkin projektia omalla toiminnallaan ja vuorovaikutuksellaan rakentavat; joko vanhaa toimintatapaa uusintaen tai uutta toimintatapaa luoden. Tässä luvussa käsiteltyjä asioita voivat hyödyntää terveysalan johtajat eri tasoilla, johtamiskouluttajat sekä projektityöntekijät ja terveysalan työntekijät.

Johtajia ja johtajuutta on erilaista. Terveysalan johtajilla on erilainen koulutus- ja ammattitausta sekä työhistoria. Monimuotoisuus on siis vahvasti läsnä myös johtajuudessa. Perinteisesti terveysalalla vahvan substanssin asiantuntemuksen omaavat ammattilaiset siirretään johtajiksi. Tämä on viime vuosina ollut muutoksessa, ja nykyään edellytetään myös johtamiskoulutusta, mutta se on alalla hyvin kirjavaa: erilaiset ammatilliset johtamistutkinnot, toisaalta voi olla pelkkää täydennyskoulutusta esimerkiksi hoitajan ammatin lisäksi, osalla on YAMK-tutkinto, toisilla yliopisto-opinnot joissa on pääaineena hoitotiede, terveyshallintotiede, hallintotiede tai jopa kauppatiede. Johtajien ja johtamiskoulutuksen kirjavuus antavat omat mahdollisuutensa ja asettavat omat haasteensa terveysalan moniammatillisuuden ja erityisesti diversiteetin moniäänisyyden kohtaamiselle. Erilaiset taustat ja esimerkiksi tunneäly (Paasivaara 2012) vaikuttavat omalta osaltaan siihen, miten johtajat itse rakentavat käsitystä tilanteesta, jossa ovat. Kuitenkin oleellisempaa lienee, että johtajalla on itsellä ymmärrys organisoitumisen prosessista ja sen kommunikatiivisesta luonteesta, jonka kontekstissa johtamistyö tapahtuu, jotta hän voi pyrkiä vaikuttamaan organisoitumisen prosessia tukeviin ja estäviin tekijöihin kyseisessä kontekstissa. Se antaa mahdollisuuden ymmärtää, miten merkitys ja ymmärrys rakentuvat sekä keinoja myös siihen, miten johtaja pystyy omalla toiminnalla sitouttamaan johdettavia kommunikaation kautta rakentuvan organisatorisen todellisuuden luomiseen.

Terveysalan moniäänisyyden kohtaamisesta puhuttaessa on tärkeä kysyä, mikä on terveydenhuollon johtajuudessa erityistä. Moniammatillisuuden ohessa erityisyyttä kuvastavat esimerkiksi terveydenhuollon johtamisen arkipäivässä vahvasti läsnä oleva tunneäly (Paasivaara 2012), luottamus (Hämäläinen ym. 2013), asiakkuus ja kulttuurisuus (Paasivaara 2012; Tiirinki 2014), moniasiantuntijuus (Kuorilehto 2014) sekä jatkuva muutos (Haataja ym. 2013; Lunkka & Suhonen 2015).

Asiakaslähtöisyys, sen kehittäminen ja toteuttaminen ovat terveysalalla tällä hetkellä johtamisen haaste. Yhtäältä terveysalan johtajien odotetaan toteuttavan tehokasta ja vaikuttavaa palvelurakennetta (Mertaniemi ym. 2011; STM 2016), mutta toisaalta edistettävä asiakaslähtöisyyttä, vahvistettava yh-

denvertaisuutta sekä palveluiden laatua prosessien jokaisessa vaiheessa. (STM 2016; Xyrichis & Lowton 2008.) Terveyspalveluiden asiakkaille on edelleen tärkeää, että terveyspalvelut ovat asiakaslähtöisiä ja niin sanottuja matalan kynnyksen hoitopaikkana palveluita (Tiirinki 2014).

Koska terveysalan työtä tehdään nykyään entistä enemmän erilaisissa projekteissa (Pohjola ym. 2016), johtajan näkökulmasta juuri tässä luvussa käsitellyt asiat korostuvat. Inhimilliset, pehmeät näkökulmat (esim. tunneäly ja oppiminen) korostuvat entistä enemmän perinteisesti kovien menetelmien (esim. aikataulukeskeisyys, tavoitesuuntautuneisuus) hallitsevassa projektien johtamisessa (Suhonen & Paasivaara 2011; Paasivaara 2012).

Moniammatillisuudesta kumpuavan moniäänisyyden tarkastelu terveysalan muutoksiin tähtäävien projektien johtamisen näkökulmasta nostaa keskiöön johtajan vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaitojen avulla johtaja voi edistää sellaisten toimintatapojen syntymistä, jotka vaikuttavat suotuisasti projektin organisoitumiseen ja siihen, että eri toimijat pystyvät tasaveroisesti muodostamaan käsitystä käsillä olevasta muutoksesta. Luottamus näyttäytyy tässä yhteydessä arvostavan vuorovaikutuksen kivijalkana, jonka syntymistä ja ylläpitämistä projektijohtajan on syytä vaalia. Merkitysten johtamisella johtaja puolestaan luo kaikkia projektin toimijoita yhdistävää visiota ja merkitystä ja sitä kautta mielekkyyttä projektityöhön. Samalla hän pystyy suitsimaan hajottavaa moniäänisyyttä ja hälventämään epävarmuudesta kumpuavaa moniäänisyyttä. Vertaistuki puolestaan auttaa projektijohtajaa selvittämään omia ajatuksiaan, reflektoimaan kokemuksiaan ja sitä kautta kehittymään johtajuudessaan sekä jaksamaan moniäänisyyden ristipaineissa.

Yhteenvetona tästä kirjan luvusta voidaan todeta, että terveysalan monimuotoisessa ja moniammatillisessa johtajuudessa korostuu avoin vuorovaikutus. Se on sekä moniäänisyyden että organisoitumisen prosessin näkökulmasta avainasemassa. Paineita ei siis kohdistu ainoastaan johtajan muodolliseen pätevyyteen sekä tietoon ja osaamiseen johtajana, vaan myös taitoihin, joita osalla johtajista on sisäsyntyisesti olemassa ja joita taas toisten on tarve harjoitella ja opetella enemmän. Lisäksi paineita kohdistuu johtajan kykyyn (myös omiin tunneälytaitoihinsa perustuen) edistää työyhteisössään pehmeitä arvo-

ja, joiden kautta sekä johtajat että työntekijät kokevat oman työnsä merkityksellisenä (Pirkola ym. 2016). Työn merkityksellisenä kokeminen edistää monimuotoisuuden hyväksymistä ja ristiriitojen kohtaamista.

Tässä kirjan luvussa on käsitelty erilaisia asiantuntijoiden työhön liittyviä ristiriitoja terveysalan muutosprojektien kontekstissa johtajuuden näkökulmasta. Kuitenkin sen muistaminen, että asiakaslähtöisyys on moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana, ja että asiakkaan ja potilaan hyvä on muutosprojektien yhteinen tavoite, on avain monimuotoisuuden eli diversiteetin kohtaamiseen ja ristiriitojen käsittelyyn.

Luvun tärkeimmät viestit johtajille ja esimiehille:

1. Diversiteetti näyttäytyy terveydenhuollossa erilaisina moniäänisinä prosesseina, joiden johtaminen vaatii moniammatillisuuden tunnistamista. Jatkuvasti muuttuva terveysala lisääntyvine projekteineen vaatii yhä enemmän moniammatillista ja monimuotoista yhteistyötä sekä johtamista, joka mahdollista diversiteetin hyödyt asiakaslähtöisesti.
2. Organisoitumisen kautta organisaatioita tarkastellaan toisenlaisesta tulokulmasta perinteisen traditionaalisen ajattelun sijaan. Organisoitumisen näkökulma auttaa johtajaa ymmärtämään organisaation todellisuutta ja ihmisten käyttäytymistä organisaatiossa. Johtaminen organisoitumisen näkökulmasta edellyttää organisaation ”äänien pluralismin” tunnistamista sekä tarvittaessa niiden oikea-aikaista ääneen lausumista.
3. Terveysalan muutoksiin tähtäävien projektien johtajuuden näkökulmasta diversiteetin kohtaamisessa korostuu eksplisiittinen vuorovaikutus, sillä se mahdollistaa merkityksellistämisen prosessin. Yksin johtajan vuorovaikutustaidot eivät kuitenkaan riitä ristiriitojen ylittämiseen, vaan se edellyttää johtajalta laajempaa ymmärrystä siitä, mitä organisoitumiseen kytkeytyvän merkityksellistämisen prosessiin sitoutuminen projektiin osallistuvilta vaatii. Johtajan haaste on tunnistaa ristiriitoja aiheuttavat tekijät organisoitumisen prosessissa ja mahdollistaa sellaiset olosuhteet, että ristiriidat eivät estä käsityksen rakentamista muutoksesta. Organisoitumisen näkökulma lisää johtajan ymmärrystä erilaisista ristiriidoista ja tarjoaa työkaluja niiden ratkaisuun.
4. Terveydenhuollon projektit ovat yksi moniäänisyyden ilmenemisen areena, koska ne toteutetaan moniammatillisella yhteistyöllä ja lähes aina poikkihallinnollisesti. Moniäänisyys voidaan nähdä haasteen lisäksi myös voimavarana projekteissa, jos johtajalla on taitoa valjastaa ja merkityksellistää sen potentiaali. Organisoitumisen näkökulman ymmärrys antaa johtajalle moniäänisyyden kohtaamiseen viisautta ja ymmärrystä teknisten ja universaalisten johtamisoppien lisäksi. Terveysalan projektien johtajuudessa korostuu moniammatillinen vuorovaikutus ja nimenomaan johtamisen ja projektin organisoitumisen käytänteisiin keskittyvä johtaminen.

Lähteet

Andersson, T. & Wickelgren, M. (2009). Who is colonizing whom? Intertwined identities in product development projects, ephemera: theory & politics in organization, 9(2), 168–181.

Atwal, A. & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team wor in acute health-care. International Journal of Nursing Practice, 12(6), 359–365.

Aubry, M. & Hobbs, B. (2010). A fresh look at the contribution of project management to organizational performance. Project Management Journal, 42, 3–16.

Bender, M., Connelly, C.D. & Brown, C. (2013). Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. Journal of Nursing Management, 21(1), 165–174.

Bresnen, M. (2006). Conflicting and conflated discourses? Project management, organisational change and learning. In D. Hodgson & S. Cicmil (Eds). Making Projects Critical. London: Palgrave Macmillan, 68–89.

Cicmil, S., Hodgson, D., Lindgren, M. & Packendorff, J. (2009). Project management behind the façade. Ephemera – theory and politics in organizations, special issue: Project management behind the façade, 9(2), 78-92.

Collier, R. (2012). 'Professionalism: the historical contract'. Canadian Medical Association Journal, 184(11), 1233–1234.

Collin, K., Valleala, U., Herranen, S., Paloniemi, S., Pyhälä-Liljeström, P. (2012). Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 49(1), 31–43.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodrigues, L. & Beaulieu, M.D. (2005). The Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, 1, 116–131.

D'Amour, D. & Oandansan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care, 19(1), 8–20.

Delva, D., Jamieson, M. & Lemieux, M. (2008). Team effectiveness in academic primary health care teams. Journal of Interprofessional Care, 22(6), 598–611.

Denton, E. & Conron, M. (2016). Improving outcomes in lung cancer: the value of multidisciplinary health care team. Journal of multidisciplinary healthcare, 9, 137–144.

Eloranta, S. & Kuusela, M. (2011). Moniammatillinen yhteistyö -katsaus suomalaisiin opinnäytetöihin. Tutkiva hoitotyö, 9(3), 4–13.

Forssell, R., Fred, M. & Hall, P. (2013). Projekt som det politiska samverkanskravets uppsamlingsplatser: en studie av Malmö stads projektverksamheter. Scandinavian Journal of Public Administration, 17(2), 37–59.

Fukuyama, F. (1996). Trust: social virtues and the creation of prosperity. New York: Free press.

Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. Social Science & Medicine, 56(7), 1453–1468.

Grant, D., Michelson, G., Oswick, C. & Wailes, N. (2005). Guest editorial: discourse and organizational change. Journal of Organizational Change Management, 18(1), 6–15.

Haataja, M., Tiirinki, H., Suhonen, M. & Paasivaara, L. (2012). Muutosprosessin arvioinnin kehys lähijohtajan näkökulmasta. CSM-teorian sovellus terveydenhuollon työyksikössä. Hallinnon tutkimus. Hallinnon Tutkimus, 31(3), 217–230.

Hewitt-Taylor, J. (2013). Planning successful change incorporating processes and people. Nursing Standard, 27(38), 35–40.

Hsu, C.P., Chang, C.W., Huang, H.C. & Chiang, C.Y. (2011). The relationship among social capital, organizational commitment and customer-oriented prosocial behavior of hospital nurses. Journal of Clinical Nursing, 20(9–10), 1383–1392.

Hyvönen, S. (2004). Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Hämäläinen, S., Tiirinki, H. & Suhonen, M. (2014). Vastavuoroisen luottamuksen vahvistaminen terveydenhuollon muutosprosesseissa lähijohtajien kokemana – psykologisen sopimuksen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 51(3), 177–190.

Isoherranen, K. (2012). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos.

Jalonen, H. (2010). Hyvinvointipalvelujen johtaminen kompleksisuusteoreettisessa tulkintakehyksessä. Hallinnon Tutkimus, 29(2), 111–133.

Jorma, T., Tiirinki, H., Bloiku, R. & Turkki, L. (2016). LEAN thinking in Finnish Healthcare. Leadership in Health Services, 29(1), 9–36.

Juppo, V. (2011). Muutoksen johtaminen suomalaisessa yliopistouudistuksessa rehtoreiden näkökulmasta. Väitöskirja. Acta Wasaensia 235. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Kananen, A., Pehkonen-Karioja, P., Rantakokko, P. & Suhonen, M. (2015). Yhteisöllisyys terveysalan projekteissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 52(2), 118–29.

Kassianos, A.P., Ignatowicz, A., Greenfield, G., Majeed, A., Car, J. & Pappas, Y. (2015). "Partners rather than just providers...": A qualitative study on health care professionals' views on implementation of multidisciplinary group meetings in the North West London Integrated Care Pilot. International Journal of Integrated Care, 2(15), 1–15.

Kesti, M., Syväjärvi, A. & Stenvall, J. (2009). Hiljaiset signaalit HRIS: yksi ratkaisu organisaation inhimillisen pääoman ja henkilöstötuottavuuden kehittämisessä. Hallinnon Tutkimus, 28(1), 46–61.

Kettunen, P. & Sandberg, S. (2014). SOTE-uudistus pohjoismaisesta näkökulmasta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 42(2), 213–221.

Korkala, S. (2010). Luottamuksen ilmeneminen alueellisissa yhteistyöverkostoissa. Väitöskirja. Annales Universitatis Turkuensis 298. Turku: Turun yliopisto.

Kuorilehto, R. (2014). Moniasiantuntijuus sosiaali- ja terveydenhuollon perhetyössä. Monitahoarviointi Q-metodologialla. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos.

Kuusela, M., Hupli, M., Johansson, K., Routasalo, P. & Eloranta, S. (2010). Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede, 22(2), 96–107.

Laaksonen, H. (2008). Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Mallin testaus sosiaali- ja terveydenhuollon dementiayksikössä. Väitöskirja. Acta Wasaensia 187. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Laine, N. (2008). Trust in Superior-Subordinate Relationship. An empirical study in the context of learning. Academy dissertation. Acta Universitatis Tamperensis 1338. Tampere: Tampere University Press.

Laschinger, H.K.S,, Leiter, M.P., Day, A., Gilin-Oore, D. & Mackinnon, S.P. (2012). Building empowering work that foster civility and organizational trust. Nursing Research, 61(5), 316–325.

Lehtopuu, H., Syväjärvi, A. & Perttula, J. (2012). Henkilöstölähtöiset kehittämisalueet julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Hallinnon Tutkimus, 31(4), 294–311.

Lindgren, M. & Packendorff, J. (2007). Performing arts and the art of performing: on co-construction of project work and professional identities in theatres. International Journal of Project Management, 25(4), 354–364.

Lindell, J. (2011). Muutos systeemittömästi ymmärrettävässä organisaatiossa. Hallinnon Tutkimus, 30(1), 56–71.

Llewellyn, E.P. (2010). Trust the sublime duty in health care leadership. The Health Care Manager, 29(1), 34–40.

Lunkka, N. & Suhonen, M. (2015). Ambiguous meanings of projects as facilitators of sensegiving in hospitals. Journal of Nursing Management, 23(7), 842–50.

Lunkka, N., Suhonen, M. & Turkki, L. (2015). Sairaalan projektit merkitysten materialisoitumisen areenoina – ylihoitajien kokemuksia muutosprosesseista. Hallinnon Tutkimus, 34(3), 233–248.

Maitlis, S., Vogus, T.J. & Lawrence, T.B. (2013). Sensemaking and emotion in organizations. Organizational Psychology Review, 3(3), 222–247.

Marsilio, M., Torbica, A. & Villa, S. (2016). Health care multidisciplinary teams: The sociotechnical approach for an integrated system-wide perspective. Health care management review.

McCrickerd, J. (2000). Metaphors, models and organizational ethics in health care. Journal of Medical Ethics, 26(5), 340–345.

McFarlane, F.R., Enriquez, M., Schroeder, F.K. & Dew, D. (2011). How do we lead when change is constant? Journal of Rehabilitation, 77(4), 4–12.

Mertaniemi, A.-M., Suhonen, M. & Paasivaara, L. (2011). Asiakaslähtöisen johtamisen painopisteet terveysalalla. Kirjallisuuskatsaus. Premissi, 6(6), 31–36.

Niemi-Kaija, K. & Aaltio, I. (2016). Tehokkuuden subjektiivinen konstruointi julkishallinnon työntekijöiden puheessa – organisaatioestetiikka viikekehyksenä. Hallinnon Tutkimus, 2(35), 132–146.

Nikander, P. (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 40, 279–290.

Nuutinen, S., Heikkilä-Tammi, K. & Manka, M.-L. (2014). Työyhteistyötaitojen merkitys organisaatiomuutoksessa – miten henkilöstö voi edistää muutoksen onnistumista? Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 4(42), 429–448.

Nyström, M. (2009). Characteristics of Health Care Organizations Associated With Learning and Development: Lessons From a Pilot Study. Quality Management in Health Care, 18, 285–294.

Offe, C. (1999). How can we trust our fellow citizens? In M.E. Warren (Ed.). Democracy and trust. Cambridge: Cambridge University Press, 42–87.

Osborne, S.P., Radnor, Z. & Nasi, G. (2013). A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. American Review of Public Administration, 43(2), 135–158.

Paasivaara, L. (2012). Yksilöistä työyhteisöksi. Teoksessa J. Perttula & A. Syväjärvi (toim.). Johtamisen psykologia. Ihmisten johaminen muuttuvassa ympäriössä. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Patterson, O. (1999). Liberty against the democratic state: On the historical and contemporary sources of American distrust. In M.E. Warren (Ed.). Democracy and trust. Cambridge: Cambridge University Press, 151–207.

Petri, L. (2010). Concept analysis for interdisciplinary collaboration. Nursing Forum, Apr-Jun, 45(2), 73–82. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x.

Pirkola, H., Rantakokko, P. & Suhonen, M. (2016). Workplace spirituality in health care. An integrative review of the literature. Hyväksytty Journal of Nursing Management -lehteen.

Pohjola, T., Suhonen, M., Mattila, K. & Meretoja, R. (2016). The work done in healthcare projects. Journal of Nursing, 3(1). http://dx.doi.org/10.7243/2056-9157-3-1.

Pärnä, K. (2012) Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Rautio, S. (2014). Kumppanuus ja moniammatillinen yhteistyö neuvolan perhetyössä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 51(3), 191–202.

Ruokamo, H., Suhonen, M. & Paasivaara, L. (2012). Luottamus terveydenhuollon projekteissa johtajan tulkintana. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 49, 196–208.

Schepman, S., Hansen, J., de Putter, I. & de Bakke, L. (2015). The common characteristics and outcomes of multidisciplinary collaboration in primary health care: a systematic literature review. International Journal of Integrated Care, 15(24), 1–27.

Schildt, T., Partanen, P. & Suominen, T. (2009). Transformationaalinen johtajuus: erikoissairaanhoidon osastonhoitajat muutosjohtajina. Premissi, 4(2), 42–49.

Serap, A. & Ulku, B. (2010). Relationship between nurses' organizational trust levelsand their organizational citizenship behaviors. Journal of nursing scholarship, 42(2), 186–194.

Sibbald, S.L., Wathen, N., Kothari, A. & Day, A.M.B. (2013). Knowledge flow and exchange in interdisciplinary primary health care teams (PHCTs): an exploratory study. Journal of the medical library association, 101(2), 128–37.

Sippola, A. (2007). Developing culturally diverse organizations: a participative and empowerment-based method. Women in Management Review, Vol. 22, Iss 4, 253–273.

Solheim, K., McElmurry, B.J., Kim, M.J. (2007). Multidisciplinary teamwork in US primary health care. Social Science & Medicine, 63(3), 622–634.

Sjöblom, S., Löfgren, K. & Godenhjelm, S. (2013). Projectified politics – Temporary organisations in a public context. Introduction to the special issue. Scandinavian Journal of Public Administration, 17(2), 3–12.

Stenvall, J., Syväjärvi, A. & Vakkala, H. (2008). Kun romppeet on paikoillaan. Onnistunut kuntafuusio – pehmeä vai kova henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: Kuntaliitto.

STM (2016). Uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessit – asiakas keskiöön. http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisyys/uudistetaan-soteprosessit (Luettu 16.5.2016).

Suhonen, M. & Paasivaara, L. (2011). Factors of human capital related to project success in health care work units. Journal of Nursing Management, 19(2), 246–253.

Suhonen, M. & Paasivaara, L. (2015). Project work in Finnish KASTE-projects. Scandinavian Journal of Public Administration, 19(1), 3–19.

Sunindijo, R. Y., Bonaventura, H. W. & Ogunlana, S. (2007). Emotional intelligence and leadership styles in construction project management. J Manag in Eng, 23(4), 166–170.

Syväjärvi, A. & Vakkala, H. (2012). Psykologinen johtamisorientaatio – positiivisuuden merkitys ihmisten johtamisessa. Teoksessa J. Perttula & A. Syväjärvi (toim.). Johtamisen psykologia. Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä. Juva: Bookwell Oy, 195–225.

Tansley, C. & Newell, S. (2007). Project social capital, leadership and trust. A study of human resource information systems development. Journal of Managerial Psychology, 22(4), 350–368.

Taskinen, H. (2011). Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy, 145–164.

Taskinen, H. (2015). Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 156.

Thomas, J. (2012). Making sense of project management. In R. Lundin & F. Hartman (Eds). Projects as Business Constituents and Guiding Motives. New York: Springer Science & Business Media.

Thurlow, A. & Helms Mills, J. (2009). Change, talk and sensemaking. Journal of Organizational Change Management, 22(5), 459–479.

Tiirinki, H. (2014). Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiaakkaan näkökulmasta. Acta Universitatis Ouluensis. Oulu: Oulun Yliopistopaino.

Trittin, H. & Schoeneborn, D. (2015). Diversity as Polyphony: Reconceptualizing Diversity Management from a Communication-Centered Perspective. Journal of Business Ethics, DOI 10.1007/s10551-015-2825-8.

Veijola, A., Isola, A. & Taanila, A. (2006). Moniammatillinen perhetyö edellyttää keskustelua. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 43(3), 186–197.

Virtanen, P. & Stenvall, J. (2009). Reflektio, luottamus ja tieto muutosprosessissa. Kunnallistieteellinen Aikakauslehti, 37, 27–37.

Vuorinen, R. (2008). Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1358. Tampere: Tampereen yliopisto.
Warren, M. E. (1999). Democratic theory and trust. In M.E. Warren (Ed.). Democracy and trust. Cambridge: Cambridge University Press, 310–345.
Weick, K. E. (1995). Sensemaking in Organizations. Thousand Oaks: SAGE Publications.
Weick, K. E. (2009). Making sense of organizations: The impermanent organization. United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. International Journal of Nursing Studies, 45(1), 140–153.

Kirjoittajat: Hanna Tiirinki on tutkijatohtori, Marjo Suhonen yliopistonlehtori, Nina Lunkka tutkija ja Leena Turkki professori Oulun yliopistossa (hoito- ja terveyshallintotiede).

Työn mielekkyyden ja mahdollisuuksien tukeminen johtamisella

Ilpo Laitinen

Johdanto

Tämä luku tarkastelee uutta johtamista terveyspalveluissa näkökulminaan muutoskyky ja adaptiivisuus. Tarkastelu painottuu kansainväliseen kehitykseen terveysjohtamisessa. Aineistona on terveysjohtamista ja sen kehittymistä käsittelevät journaalit ja muu aihetta käsittelevä kirjallisuus. Johtamisajattelun muutoksiin terveyspalveluissa vaikuttavat ajurit ilmentävät epäjatkuvuutta ja -varmuutta, jotka ovat luoneet maaperää adaptiivisen johtamisen malleille. Adaptiivinen johtaminen hyödyntää tiedon jakamisessa, osallisuudessa, vuorovaikutteisuudessa ja ongelmaratkaisuissaan teknologiaa. Digitalisaatio on samalla ollut yhtenä muutosajurina uudelle johtamisajattelulle. Terveyspalvelut ovat astumassa kolmanteen palvelusukupolveen samalla kun digitalisaatio muuttaa terveyspalveluita, niiden johtamista ja palvelumalleja. Paradigmamuutos edellyttää uutta johtamisajattelua, jollaista on tarkasteltavana oleva adaptiivinen johtaminen.

Terveyspalvelut muutoksessa

Johtaminen on tällä hetkellä trendikäs kirjoitus- ja tutkimusaihe. Johtamisen kehittäminen on nähty keinona esimerkiksi erilaisten julkisten ja yksityisten organisaatioiden tuottavuuden ja palveluiden edistämiseen. Terveyspalvelut

eivät ole olleet poikkeus tässä yleisessä kiinnostuksessa ja kehityksessä. Kyse on kuitenkin laajemmasta ja syvemmästä muutoksesta kuin vain aikakauteen liittyvästä trendistä tai muodista.

Terveyspalvelut ovat olleet poliittisen agendan kaikkein keskeisimpiä aiheita. Keskiössä aihetta on pitänyt monet niihin liittyvät haasteet, joiden seurauksena terveydenhuollossakin johtaminen on noussut keskeisiksi kysymyksiksi. Mainittuja haasteita on nähty ensinnäkin siinä, miten terveydenhuolto pystyy vastaamaan uusiin sairastuvuuden haasteisiin kuten esimerkiksi väestön ikääntymiseen, ikääntyneiden kroonisiin sairauksiin sekä väestön elintapoihin liittyviin sairauksiin kuten tupakointiin liittyvät sairaudet ja liikalihavuuteen. Terveydenhuoltoon liittyvä keskeinen johtamishaaste on tällöin se, miten toimia ennakoivasti reagoimisen sijaan. Terveydenhuolto on saanut uusia tavoitteita myös seurauksena alati kohoaviin kustannuksiin. Tällöinkin ennaltaehkäisy on alkanut korostua yhä enemmän ja samalla ennaltaehkäisevät työtavat paikallisyhteisöissä. Myös potilaiden, hoitohenkilökunnan ja yhteisön terveydenhuoltoa koskevat odotukset ovat muuttuneet, johon kehitykseen on vaikuttanut saatavilla olevan tiedon määrän räjähdysmäinen kasvu ja yhä nopeammin etenevä digitalisaatio. Teknologinen kehitys on mahdollistanut erilaisia moniammatillisia työtapoja, jonka vaikutuksesta organisaatiorakenteet ovat muuttumassa – digitalisaatio mahdollistaa esimerkiksi ajasta ja paikasta riippumattomia uudenlaisia toimintamalleja. Jatkuvan kehittämisen ja osallistamisen mallit ovat myös merkinneet muutosta siihen ajatteluun, että olisi vain yksi toimiva lähestymistapa organisaatioiden kehittämiseen ja johtamiseen. (Hartley, Martin & Benington 2008, 4–6, 38–40; Couturier, Sola, Borioli & Raiciu 2012; Löffler, Parrado, Bovaird & Van Ryzin 2008.)

Digitalisaatioon liittyy olennaisesti räjähdysmäinen saatavilla olevan raakatiedon, datan määrän kasvu. Terveyspalveluiden data muodostaa muun muassa OECD:n arvioiden mukaan olennaisen resurssin jatkuvaan palveluiden kehittämiseen sekä tuottavuuden, turvallisuuden ja asiakaskeskeisyyden parantamiseen. OECD:n arvioiden mukaan jatkuvasti kasvava kroonisesti sairaiden määrä ja multimorbiditeetti (monisairauksisuus), hoidon laatuun

ja turvallisuuteen liittyvät odotukset ja tilintekovastuu terveyspalveluiden kuluista edellyttävät päätöksenteon tietoperustaisuutta. Keinoina on nähty terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittäminen ja digitalisaation avaamat mahdollisuudet. Terveyshuollon dataa on kerätty tyypillisesti hallinnollisiin ja välittömään potilaan hoitoon liittyviin tarkoituksiin. Digitalisaatio on kuitenkin mahdollistamassa uudenlaisia massadatan keräämisen ja kerätyn tiedon hyödyntämisen keinoja – myös toissijaisiin käyttötarkoituksiin. Näinä toissijaisina datan käyttötarkoituksina OECD tunnistaa esimerkiksi sairauksien syiden tunnistamisen, riskifaktoreiden esiintyvyyden analytiikan, väestön suojaamisen erityisesti infektiotaudeilta ja ympäristöriskeiltä, tarpeiden arvioinnin ja palveluiden evaluoinnin, terveyspalveluiden järjestelmän optimoinnin sekä laadun ja turvallisuuden kehittämisen terveyspalveluissa. (OECD 2013, 13–20.)

Myös WHO:n suositukset vastaavat edellä mainittuja kehityssuuntia. WHO:n mukaan hyvin toimiva terveydenhuoltojärjestelmä vastaa tasapainoisella tavalla väestön tarpeisiin ja odotuksiin

- kehittämällä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen terveydentilaa,
- suojaamalla väestöä sen terveyttä uhkaavilta tekijöiltä,
- suojaamalla väestöä sairauksien talousvaikutuksilta,
- tarjoamalla riittävän pääsyn asiakaskeskeiseen hoitoon ja
- tekemällä mahdolliseksi ihmisille osallistua heidän terveyttään ja terveydenhuoltojärjestelmää koskevaan päätöksentekoon (WHO 2010).

Äskettäin ilmestyneessä WHO:n digitaalisia terveyspalveluita koskevassa raportissa todetaan, että lukuisat WHO:n eurooppalaiset jäsenvaltiot rakentavat digitaalisia palveluita terveyspalveluiden tuottamiseen ja -tiedon käsittelyyn (WHO 2016).

Robotiikka ja digitalisaatio ovat vielä kehittymässä ja kasvussa olevia alueita terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa. Edelleen kehittyessään ne haastavat monia perinteisiä toimintamalleja. Esimerkiksi ensimmäinen tietokone- ja robotiikka-avusteinen leikkaus tehtiin vuonna 2001. Tuo Operaatio Lindberg -nimellä kutsuttu sappirakon poistoleikkaus tehtiin New Yorkin ja Strasbourgin välillä. Etäleikkausta ohjaavat lääkärit olivat Manhattanilla

ja leikattava potilas 6000 kilometrin päässä Strasbourgissa. Leikkaus tehtiin yleisanestesiassa tähystysleikkauksena, se kesti 45 minuuttia ja oli 40 hengen monitammatillisen tiimin yhteistyötä. Tiimi koostui operaatiosta vastanneista leikkaavista kirurgeista Manhattanilla, anestesia- ja hoitoyksiköistä Strasbourgissa sekä robotiikan ja tietoliikenneyhteyden vastaavista insinööreistä. (Operation Lindberg 2001; Susskind & Susskind 2015, 50.) Huomionarvoista on myös se, että IBM:n supertietokone Watsonin keskeiset sovellukset liittyvät terveydenhuoltoon ja erityisesti diagnostiikkaan (Susskind & Susskind 2015, 166).

Viimeaikainen digitalisaatioon liittyvä muutos on tuonut terveydenhuoltoa koskeviin keskusteluihin myös esineiden internetin (IOT, *internet of things*). IOT on nähty yhtenä keinona vastata terveydenhuollon kasvaviin haasteisiin. Terveydenhuolto on nähty jopa IOT:n yhtenä keihäänkärjistä ja keskeisinä kehittymisalueina. Esimerkiksi liikkumista ja terveydentilaa seuraavia sensoreita on liitettävissä rakennuksiin, vaatteisiin ja kehoon; mahdollisista kohtauksista voidaan saada tietoa reaaliaikaisesti ja massadata-ennusteiden perusteella jopa ennakoida niitä. (Couturier, Sola, Borioli & Raiciu 2012; Pasluosta, Gassner, Winkler, Klucken & Eskofier 2015; Peri, 2014.)

Myös potilasosallisuuden mahdollisuudet kehittyvät digitalisaation myötä. Vertaistuki- ja tiedonvaihtosivustot kuten erityisesti potilaiden PatientsLikeMe (patientslikeme.com) ja lääkäreiden QuantiaMD (quantiamd.com) tarjoavat mahdollisuuksia vertailla hoitokokemuksia, saada ja jakaa tietoa ja tukea sekä edistää tutkimusta.

Terveyspalveluiden tarve uuteen johtamiseen

Edellä kuvatut muutosajurit merkitsevät osaltaan terveyspalveluiden johtamisellekin uudistumistarpeita. Aikakauttamme kuvaava murros edellyttää organisaatioilta yhä enemmän jatkuvasti ylläpidettävää muutoskyvykkyyttä ja -valmiutta. Tällöin kyse ei ole enää yksittäisestä muutoshankkeesta, jolla on selkeästi määriteltävä alku ja loppu ja jossa vanhat rakenteet uudelleenorganisoidaan kolmivaiheisesti ensin sulattamalla vanhat normit, toiseksi määrittä-

mällä uudet normit ja kolmanneksi jäädyttämällä nuo uudet normit siten, että organisaatio vakiintuu niihin. (Laitinen & Stenvall 2012.) Jatkuva muutos liittyy muun muassa epäjatkuvuuteen, uudistusten ja käännekohtien nopeuteen ja niiden yllätyksellisyyteen. Sairaalaorganisaatioissa varsinkin muutosten suuri määrä ja niiden samanaikaisuus on nähty työn mielekkyyttä vähentävänä tekijänä (Syväjärvi et al. 2012, 123).

Terveysjohtamisen perinteisten mallien on nähty painottaneen ennemmin johtajaa yksilönä kuin kokonaista systeemiä. Johtajan piirteitä ja kykyprofiilia painottavien mallien näkökulmaa on alettu laajentaa konseptien, kontekstin, haasteiden ja vaikutusten suuntaan. Erityisen tärkeäksi uusi johtamisajattelu tulee tilanteissa, jotka ovat epäjatkuvia, jotka eivät ole samankaltaisia ja aiempien vastaavien tilanteiden toisintoa, jotka eivät edellytä räätälöintiä ja joissa lopputulosta ei voida luotettavasti arvioida. Ennalta suunniteltu ja suunnitelman mukaiseen hallintaan tähtäävä toimintamalli pätee tilanteissa, joissa vaihtelu on vähäistä ja lopputulos sekä olosuhteet tunnistetaan. Johtaminen painottuu tällöin toiminnan tekniseen tehokkuuteen ja sujuvuuteen. Kuvattua johtamista nimetään tekniseksi. Tilanteissa, joihin liittyy olennaista epävarmuutta, ennakoimattomuutta, epäjatkuvuutta, uusi johtamisajattelu painottaa uudenlaista muutoskyvykkyyttä, tilanteesta oppimista ja vuorovaikutteisuutta. Terveydenhuollossa esimerkiksi uusi teknologia, hoidon kustannukset ja laatu sekä kysymykset siitä mikä on mahdollista ja millä tavoin mahdollista on nähty uutta johtamisajattelua edellyttävinä kehityskulkuina. Asiakkaan, potilaan asettaminen keskiöön merkitsee potilaan kanssa toimimista, sitä että potilas on osallinen. (Hartley, Martin & Benington 2008, 6–7, 30–32, 38–45; Trastek, Hamilton & Niles 2014; Fielden 2015.)

Teknologian mahdollistama massadatan määrän merkittävä kasvu ei sellaisenaan ratkaise epävarmuuteen liittyvää haastetta. Massadatan kasvava käyttö edellyttää itse asiassa kolmea erilaista muutosta suhtautumisessamme dataan. Ensimmäinen on datan määrään liittyvä haaste. Toinen on datan tarkkuuteen liittyvä haaste massiivisessa datamäärässä. Tarkkuus toimii vain pienissä datamäärissä, jolloin dataa voidaan tarkasti hallita, mutta massiivisessa datamäärässä datasta tulee epätarkkaa, määrältään liian suurta hallita

yksityiskohtaisesti. Ja kolmanneksi massadatan kanssa painopiste on pikemmin korrelaatioissa ja suuren määrän toiminnan kaavoittumisessa tietyiksi toimintamalleiksi ennemmin kuin syy-seuraussuhteissa. (Mayer-Schönberger & Cukier 2013, 12–18; Cukier & Mayer-Schoenberger 2013.) Toisin sanoen digitalisaatio ja massadata tuo datan käyttöön uudenlaisia haasteita yksittäistapausten hallintaan. Teknologia ja massiivinen datamäärä avaa monia mahdollisuuksia täydennyksenä ja tukena vuorovaikutteiselle tulkinnan ja ymmärryksen luomiselle tilanteissa, joissa ongelmiin, käsillä oleviin haasteisiin pyritään vastaamaan.

Kun toimintaympäristömme kehittyy digitalisaation, uuden teknologian ja osallisuuden vaikutuksista yhä dynaamisemmaksi, verkottuneeksi, kompleksiseksi, aiempaa läpinäkyvämmäksi ja sosiaalista vastuuta edellyttäväksi, perinteinen johtamisajattelu ei ole enää tulkittu riittäväksi. Muutoskyvykkyys, jatkuva kehittäminen ja innovatiivisuus sekä toiminnan tehostaminen edellyttävät johtamisajattelulta ja organisaatiolta vuorovaikutteisuutta ja joustavuutta. (Yukl & Mahsud 2010; Mobbs 2004; Senter & McClelland Sr. 2015; Sturmberg & Martin 2013.)

Terveyshuolto ja terveysjohtaminen eivät tee tuosta muutostarpeesta poikkeusta. Pikemminkin edellä kuvatuista syistä terveysjohtaminen on tienhaarassa; monet organisaatiorakenteiden ja palveluiden tuottamistapoja koskeneet terveydenhuollon reformit eivät ole lunastaneet niitä odotuksia, joiden vuoksi kyseisiä muutoshankkeita on alun perin aloitettu. Esimerkiksi tietoperustaisen terveysjohtamisen tulokset eivät ole olleet sitä, mitä niiden on toivottu olevan. Vallinneen ajattelutavan mukaan ongelmat ja haasteet on nähty joko yksiselitteisinä tai monimutkaisina, samalla kun niihin on ajateltu olevan valmiita ja ennalta tiedettyjä ratkaisuja. Ongelmien tai haasteiden on ajateltu olevan redusoitavissa yhteen selkeään vastaukseen tarvittaessa tutkimalla. Toimintaympäristön dynaamisuus ja kompleksisuus ovat sekä haastaneet tuon ajattelutavan että ajaneet terveysjohtamista muutokseen. (Sturmberg & Martin 2013.) Kompleksisuuden kasvaminen haastaa työn hallinnan kokemusta, ilmenevät työssä ennakoimattomuutena sekä ajoittaisena kiireenä. Työn mie-

lekkyyteen liittyen johtamiselta odotetaan muutosten koordinointia, siten että se tukee alaan liittyvissä haasteissa. (Syväjärvi et al. 2012, 117–118.)

Vastauksena johtamisen haasteisiin on noussut muutoskyvykkyyttä ja adaptiivisuutta korostavia lähestymistapoja ja malleja. Adaptiivisuuden taustalla on kompleksisuusajatteluun liittyvä käsite adaptaatio, joka viittaa kompleksisen järjestelmän kykyyn sopeutua ympäristöönsä ja sen haasteisiin varsinkin oppimisen ja kokemuksen prosessien avulla.

Muun muassa Mayo-klinikka on alkanut painottaa palvelevaa ja adaptiivista johtajuutta. Syyksi tälle Mayossa on nähty samoja ajureita kuin edellä on lueteltu: nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä on ’rikki’ ja kestämätön, potilaat odottavat korkeinta mahdollista laatua ja kustannuksiltaan sen pitää olla aiempaa edullisempi. Mayon näkemysten mukaan julkisen luottamuksen säilyttäminen edellyttää muutoksia järjestelmään ja sen johtamiseen tilanteessa, jossa eri sidosryhmillä on keskenään yhteen sovittamattomia pyrkimyksiä. Mayon näkemysten mukaan muutos edellyttää uudenlaista johtamisajattelua suhteessa potilaisiin, terveydenhuollon ammattilaisiin ja muihin sidosryhmiin. (Trastek, Hamilton & Niles 2014.)

Terveyspalveluiden adaptiivinen johtaminen

Muutoskyky siltana teknisestä johtamisajattelusta adaptiiviseen johtamiseen

Potilastyytyväisyys on työn mielekkyyttä edistävä tekijä, mutta potilaskeskeisyys ja -näkökulma ovat tyypillisesti jääneet suhteellisen vähäiselle huomiolle esimerkiksi sairaalaorganisaatioiden toimintaa kehitettäessä (Syväjärvi et al. 2012, 117–118, 124). Terveydenhuollon potilaskeskeisyys ja muutoskyvykkyys edellyttävät toimintaympäristön muutoksen kompleksisuuden uudenlaista ymmärtämistä. Systeemisesti siirrytään mekanistisesta suunnittelusta itseorganisoitumista ja oppimista tukeviin lähestymistapoihin. (Sturmberg & Martin 2013.) Vallitsevia nykyisiä johtamistutkimuksen ja -keskustelun suuntauksia ovat transformationaalinen, adaptiivinen sekä jaettu, vuorovaikuttei-

nen johtajuus. (Ks. esim. Simons & Leroy 2013; Head & Alford 2015; Hartley, Martin & Benington 2008, 55–58; Rowitz 2013, 41–45.)

Yhteistä näille painotuksille on, että jokainen niistä käsittelee muutosta ja muutoskykyä. Ne ovat myös muutoksen ja muutoskyvykkyyden osalta osin päällekkäisiä ja toisiaan täydentäviä. Keskeisimmät erot tulevat lähinnä esiin teoriamuotoiluissa. Muutoskyky puolestaan liittyy organisaation sosiaalisiin prosesseihin sekä työn mielekkyyttä käsitteleviin kysymyksiin ja näkökulmiin.

Johtajuustutkimuksessa johtajuutta on hahmotettu muun muassa vaikuttavuutensa kautta. Ajatuksena on ollut, että johtajan tehtäviin kuuluu saada johdettavat kulkemaan haluttuun suuntaan ja toimimaan tehokkaasti asetetun päämäärän saavuttamiseksi. Samalla johtamisen sosiaalinen prosessi on alkanut korostua. Johtamisen sosiaalisen prosessin tutkimukseen on kuulunut johtamisen vuorovaikutusta koskevat teoriat ja mallit. Kysymyksinä on ollut esimerkiksi se, miten johtaja vaikuttaa johdettaviin ja millainen heidän vuorovaikutuksensa on. Vaikuttaminen voi olla joko suoraa ja johtajan omaan valta-asemaan liittyvää tai epäsuoraa, johdettavia osallistava ja sitouttava. Terveydenhuollon viime vuosien johtamistutkimukset ovat tuoneet esiin johtajuutta juuri sosiaalisen prosessin näkökulmasta sillä ajatuksella, miten johtaja-asemassa olevat muuttavat tiimin, ryhmän, yksikön tai organisaation toimintaa ja toimintatapoja vaikuttamalla muihin, johdettaviin. Esimerkiksi transformationaalisen johtamisen mallissa johtaja toimii roolimallina, motivoi ja luo ryhmähenkeä, haastaa vallitsevia olettamuksia sekä mentoroi ja valmentaa johdettaviaan ratkomaan ongelmia ja haasteita. (Hartley, Martin & Benington 2008, 55–58; Ford 2009.)

Organisaation muutoskyky ja eri yksiköiden valmius ratkoa erilaisia ongelmia monipuolisen tiedon avulla yhdessä asiakkaan kanssa ilmentävät johtamisen sosiaalista prosessia. Muutoskykyä edistävän johtamisen tehtävänä on kehittää organisaatiota siten, että sillä on valmius toimia edellä mainitulla tavalla ongelmia ratkoen ei-teknisissä tilanteissa. Kuvattua johtamista nimetään adaptiiviseksi johtamiseksi. (Hartley, Martin & Benington 2008, 6–7, 30–32, 38–45; Trastek, Hamilton & Niles 2014; Fielden 2015.)

Viime vuosien sairaaloiden johtamista koskevat tutkimukset ovat johtopäätöksinään korostaneet vuorovaikutusjohtamisen ja tunneälykkyyden merkitystä sekä valmentavan johtamisotteen tärkeyttä. Vuorovaikutteisuus on liittynyt myös jaetun johtajuuden ja demokraattisen johtajuuden keskusteluihin. Yhteistä niille on henkilöstön valtaistaminen organisaation kehittämiseksi. (Hartley, Martin & Benington 2008, 55–58.)

Muutosjohtamisen kannalta yksilöiden hallintaa ja ohjeistamista tärkeämpää on ryhmien vuorovaikutuksen ja sen laadun ymmärtäminen ja kehittäminen. Jatkuva muutos edellyttää muutoskyvykkyyttä, jota adaptiivisen johtamisen malli osaltaan ilmentää. Adaptiivisuus viittaa johtamisessa ja organisaatiokäyttäytymisessä tilanteisiin, joissa tietoa ja osaamista käytetään ratkaisemaan haasteita tai ongelmia, jotka eivät ole ratkaistavissa niillä toimintamalleilla, joiden mukaan on yleensä tai aiemmin toimittu (Sherron 2000, 4–8).

Toimintaympäristön dynaamisuus ja kompleksisuus sekä teknologinen kehitys ovat alkaneet edellyttää valmiutta jatkuvaan muutokseen. Kehitys vaikuttaa keskeisesti siihen, mitä ja millaista osaamista ja kyvykkyyttä organisaatioilta ja niiden johtamiselta edellytetään. Johtajan roolin on vaikea hahmottaa muita työntekijöitä paremmin osaavana ja tietävänä mestarina olosuhteissa, jossa tietolähteet, tiedon jakaminen ja tulkinta on jokaisen työntekijän ulottuvilla.

Työn mielekkyys rakentuu työn omistamiseen, vuorovaikutukseen ja yhdessä toimimiseen. Syväjärvi et al. määrittävät työn mielekkyyden rakentuvan kolmella eri tasolla eli yksilö-, työyhteisö- ja organisaatiotasolla, joihin liittyy sekä edistäviä että haittaavia tekijöitä. Toisaalta kaikkiin mainittuihin tasoihin voidaan vaikuttaa johtamisella. Organisaatiotasolla keskeisiä mielekkyyttä edistäviä tekijöitä ovat muun muassa potilastyytyväisyys sekä luottamus ja oikeudenmukainen johtaminen. (Syväjärvi et. al 2012, 4, 15–17.)

Muutoskyky liittyy työn mielekkyyteen. Muutoskyvykkään organisaation on kyettävä luomaan merkityksiä, osattava tulkita kriittisesti toimintaympäristön kehitystä. Organisaation vuorovaikutteinen ja yhdessä tapahtuva tiedon tulkinta ja hyödyntäminen, kriittinen ajattelu, ongelmanratkaisutaidot,

yhteistyö ja oppiminen ovat johtamisen tehtäväkenttää. Reflektointitaitoiset työntekijät ovat olennaisia organisaation muutoskyvykkyyden ja toimintaympäristön muutoshaasteisiin vastaamisen kannalta. Samalla organisaatiot astuvat pois suljetusta maailmasta, mekanistisista malleista. Johtamisen tehtävänä on tukea joustavia yhteistyön tapoja ja luovuutta. Johtamiseen kuuluu tällöin henkilöstön kehittäminen sosiaaliseen älykkyyteen ja tunneälykkyyteen. Muutostilanteet generoivat negatiivisia tunteita, jotka liittyvät epävarmuuteen ja ahdistukseen, joiden vastavoimia sosiaalinen ja tunneälykkyys toimivat. (Senter & McClelland Sr. 2015; Sturmberg & Martin 2013.) Varsinkin kun tavoitteena on muutoskyvykkyys, näiden mainittujen myönteisten vastavoimien merkitys korostuu. Myönteisellä tunneilmapiirillä on pitkäkestoisesti organisaation koheesiota ylläpitävä vaikutus (ibid.).

Muutoskykyyn kuuluen muutostilanteissa adaptiivinen johtaja on asettamassa suuntaa, suojaa ja muutosorientaatiota. Muutoskyky edellyttää ristiriitojen ratkaisukykyä sekä periaatteita sille, miten muutosta johdetaan. Muutoksen syyt ovat adaptiivisen johtajan kontrollin tavoittamattomissa. Siten organisaation muutoskyky edellyttää yhteistyötä, osallistumista ja tiedon jakamista. Adaptiivisen johtajan muutoskyvyn ylläpitämisen haaste on tasapainoilla muutostarpeen ja muutosahdistuksen välimaastossa; miten luoda organisaatioon ymmärrys muutostarpeesta tai jatkuvasta muutoksesta ja miten hallita sen aikaansaamaa muutosahdistusta. (Lowder 2009.)

Terveydenhuollon muutoskyvykkyyden esteinä ovat tyypillisesti varsinkin makrotason sääntely, vakiintuneet historian muovaamat toimintatavat ja ammatilliset normit. Päätöksenteossa johtamisen haasteisiin ja kehittämistarpeisiin on kiinnitetty tällaisissa tilanteissa melko vähän. Terveysjohtamisen tutkimuksissa on kuitenkin tunnistettu vertikaalisen yhteistyön ja -toiminnan lisäämisen keskeisyys muutoskyvykkyyden edistämiseksi. Päätöksenteon kannalta järkevät ratkaisut ja toimintamallit eivät vastaa sitä toiminnan järkevyyttä lähiesimiesten ja asiakasrajapinnan tasolla. Terveydenhuollolta odotetaan aitoa potilaskeskeisyyttä, joustavuutta ja dynaamisuutta. Terveydenhuollon muutoskyvykkyydeksi on tulkittu valmius vastata toisiinsa liittyviin haasteisiin, joita ovat: 1) paradigman muutoksen tarve, 2) tietoperustaisuuden

ja käytäntöperustaisuuden yhteen liittäminen sekä 3) jaetun, ongelmia ratkovan johtajuuden keskeisyys. Kysymys on paitsi joustavasta, reagointikykyisestä organisaatiosta myös potilasturvallisuudesta. Palveluinnovaatiot ja toimintatapojen muutokset edellyttävät lähiesimiestason sekä asiakasrajapinnassa olevien valtaistamista muutokseen. Tulokselliset laajoihin sairaanhoitoon liittyvät systeemien muutokset ovat rakentuneet juuri jaettuun johtajuuteen, palautteeseen ja siitä oppimiseen, historian tuntemiseen, lääkäreiden ja potilaiden sekä heidän perheidensä osallistamiseen. (Best, Saul & Willis 2013; Anderson & McDaniel Jr. 2000.)

Uhkana on, että monimutkaisia ongelmia ratkotaan hyvin teknisin keinoin. Tämä merkitsee keskittymistä lyhyen aikavälin keinoihin ja pikaparannuksiin, joissa keskittäminen ja kontrolli kasvaa sekä etukäteissuunnittelu ja toiminnan etukäteen hyväksyttäminen vahvistuu (ks. esim. Heifetz, Grashow & Linsky 2009). Terveydenhuoltoa on alettu hahmottaa kompleksisena adaptiivisena systeeminä, jonka johtaminen edellyttää adaptiivista johtamista.

Informaali auktoriteetti, epäsuora ja jaettu johtaminen

Ronald Heifetz, joka alkuperäiseltä koulutukseltaan on psykiatri ja on myöhemmin tullut tunnetuksi adaptiivista johtamista käsittelevästä teoriastaan, on käsitellyt formaalia ja informaalia auktoriteettia adaptiivisen johtamisen rakenteiden kannalta. Formaali ja informaali auktoriteetti liittyvät johtamisen valtaan ja vallan käyttöön. Formaali viittaa johtamisessa asemaan ja statukseen perustuvaan johtamisvaltaan. Formaalia johtamista on esimerkiksi työsopimuksien ehtojen määrittely ja laillisuusehtojen täyttäminen ja sitä edellyttävä valvontavastuu. Organisaation toiminnan tasolla sitä on esimerkiksi asioiden ja operaatioiden johtaminen. Formaali korostaa johtajan auktoriteettia ja käskyvaltaa. Johtaja edustaa formaalia auktoriteettia, koska hänen odotetaan ja myös edellytetään täyttävän asetetut odotukset. Informaali puolestaan viittaa johtamiseen Heifetzin määritelmin 'ilman auktoriteettia'. Informaali on siten vaikuttamista toisiin ilman auktoriteettia. Esimerkiksi tilanteessa jossa johtajaa valitaan eri hakijaehdokkaista, ehdokas pyrkii osoitta-

maan informaaleilla keinoilla olevansa luottamuksen arvoinen valinta tehtävään. Informaali auktoriteetti johtajalla viittaa esimerkiksi siihen toimintaan ja yhteisöllisyyteen, joka ylittää työsopimuksen edellyttämät kuvaukset ja ehdot. Informaalin perusedellytys on luottamus, joka rakentuu kahden osatekijän ennustettavuuteen: arvojen ja taitojen. (Heifetz 1994, 101–107; Heifetz, Grashow & Linsky 2009b, 23–24.)

Formaalin auktoriteetin korostuminen tuottaa harvoin, jos koskaan, muutoskykyistä ja adaptiivisesti kehittyvää organisaatiota (Heifetz 1994, 183). Heifetz käyttää muun muassa Gandhia informaalin auktoriteetin esimerkkinä. Gandhi sai ilman määräysvaltaa suuret ihmisjoukot seuraamaan häntä ja toimimaan yhdessä yhteiseen päämäärään. Kuitenkaan Gandhilla ei aina ollut informaalia auktoriteettia edes oman yhteisönsä keskuudessa. Gandhi oppi informaalin auktoriteetin lukuisten yritysten ja erehdysten kautta, jatkuvasti kehittämällä strategiaansa ja toimintaansa. Heifetzin mukaan keskeisiä oivalluksia Gandhilla informaalin auktoriteetin kannalta olivat arvojen keskeisyyden ymmärtäminen. Formaalin auktoriteetin luonteeseen kuuluu tyypillisesti etäisyys asiakasrajapinnasta. (Heifetz 1994, 190–193.)

Auktoriteetti, valta ja vaikutus ovat keskeisiä johtamisen rakenteita, mutta eivät selitä ihmisten johtamista (leadership). Tällöin johtaminen ei ole asema, vaan vuorovaikutussuhde ja se on pikemmin tekoja kuin rooli. Ihmisten johtamisessa johtajuus vaihtelee tilanteen muuttuessa ja kehittyessä. (Heifetz, Grashow & Linsky 2009b, 22–24.)

Terveydenhuollossa on monia erilaisia informaaleja johtajia. Heitä ovat esimerkiksi vaikutusvaltaiset kliinikot sekä ammattitaitoiset ja sosiaalisesti älykkäät lähiesimiehet, jotka ovat taitavia vaikuttamaan kollegoidensa yhteistyö- ja toimintatapoihin. Informaaleja johtajia on varsinaisten formaaleiden terveydenhuollon organisaatioiden ulkopuolellakin – kuten media sekä potilaiden eturyhmät ja järjestöt. Joissakin yhteyksissä näitä on kutsuttu mielipidevaikuttajiksi, jotka saavat asemaansa joko merkittävän asiantuntemuksensa tai vertaisten osoittaman arvostuksen ja jaettujen arvojen kautta. (Øvretveit 2005; Hartley, Martin & Benington 2008, 62–63; Doumit, Gattellari, Grimshaw & O'Brien 2007.)

Suora ja epäsuora johtajuus on jaottelu, jossa on yhteneviä piirteitä formaalin ja informaalin auktoriteetin kanssa. Suora johtaminen viittaa tyypillisesti suoraan käskyvaltasuhteeseen siten, että johtaja on kasvotusten johdettavansa kanssa. Tyypillisesti terveydenhuollossa lähiesimiehet edustavat suoraa johtajuutta. Suora johtajuus merkitsee selkeää käsitystä johdettavien tehtävien sisällöistä ja johdettavien tuntemista. Suora johtajuus varmistaa työn laatua. Suora johtajuus on keskeinen linkki henkilöstön valtaistamisessa. Epäsuora johtaminen on vaikuttamista ilman suoraa kohtaamista ja esimerkiksi viestinnän keinoin.

Epäsuoraan johtamiseen liittyy yleisten tavoitteiden osoittaminen. Tällöin asioiden hallinnan sijaan luodaan tavoitteita ja merkityksiä. Arvot ovat osa epäsuoraa johtamista. Osa epäsuorista johtajista eivät toimi terveydenhuollon organisaatioissa; heitä ovat esimerkiksi ne jotka osallistuvat terveyspolitiikan sekä hyvinvointia, osallisuutta, terveyttä ja toimintakykyä edistävien ohjelmien muotoiluun. (Grint 2010; Hartley, Martin & Benington 2008, 64–69.)

Jaetun johtajuuden lähtökohtia on organisaation vuorovaikutteisuuden kehittäminen vallitsevaksi toimintatavaksi. Jaetussa johtajuudessa pyritään luomaan olosuhteet, jossa kannustetaan toisia, haetaan yhteistoiminnan kautta keinoja päästä yhteiseen hyvään ja tavoitteisiin, edistetään luovuutta ja toisilta oppimista. (Ks. esim. Harisalo 2008, 83–86, 204–206.)

Jaettu johtaminen on etenkin tiedon määrän kasvaessa alkanut korvata yksittäisen johtajan johtamismalleja ja rakennetta. Kun tiedon jakaminen ja tulkinta ovat korostuneet, on jaetun johtamisen malleja suosittu. Jaettu johtaminen viittaa esimerkiksi niihin kompleksisiin hoitotilanteisiin, joissa toimitaan moniammatillisesti, tietoa jaetaan eri asiantuntijoiden ja eri taustoista tulevien kesken. Pelkistetyimmillään se viittaa johtamisen prosessiin kuuluvien tehtäväosien yksittäisten vastuiden tai osavastuiden jakamista eri toimijoille. Johtaminen ei tällöin ole yksittäisen johtajan heroistisia kuvauksia ja tekoja, vaan koko organisaation yhteistyötä ja vuorovaikutteista osallisuutta. Johtaja ei ole vain yksi sankarillinen yksilö huipulla, vaan kollaboraatiota, joka koskee koko organisaatiota. Jaetun johtajuuden tuloksina on nähty yhteisöllisyys ja yhteistyö. Yhteistyön ja jaetun johtajuuden merkitys on alkanut korostua

varsinkin ongelmaratkaisukykyä edellyttävissä tilanteissa ja innovatiivisuutta hakevissa ja edistävissä toimintamalleissa. (Grint 2010; Brookes & Grint 2010; Hartley, Martin & Benington 2008, 64–69.) Terveydenhuollonkin organisaatioiden on kyettävä kehittymään ja muuttumaan jatkuvassa prosessissa jonka menestymisehdoiksi on katsottu työn mielekkyyden kannalta merkittävät tehokkuus, osaaminen ja innovatiivisuus (Syväjärvi et al. 2012, 29). Innovatiivisuutta tavoittelevan sairaalaorganisaation johtamiselta tämä edellyttää työn mielekkyyden kannalta merkittävien tietointensiivisyyden, osaamisen jakamisen, osallisuuden, vuorovaikutteisuuden ja potilaskeskeisyyden vahvistamista.

Esimerkiksi Clevelandin klinikka on panostanut merkittävästi terveydenhuollon innovaatioihin ja kehittänyt johtamismallejaan tukemaan tavoitettaan. Linjavalintaan on vaikuttaneet näkemykset ja arviot, että erityisesti terveydenhuollon innovaatioille on merkittävää kysyntää. Clevelandin klinikka on tullut tunnetuksi lukuisista hoitoinnovaatioistaan kuten esimerkiksi ensimmäinen sepelvaltimon ohitusleikkaus vuonna 1967, ensimmäinen onnistunut kurkunpään siirros vuonna 1998, vuonna 2008 tehtyä maailman ensimmäisestä subtotaali-kasvojensiirros sekä menossa olevista robottiavusteisen sydänkirurgian kehittämisestä ja kardioskoopiksi nimetystä katetrijärjestelmästä. Klinikalla on ollut kaikkein vaikeimmin hoidettavia akuuttihoidon potilaita, joka on merkinnyt tarvetta luoda hoitokeinoja vastauksia vaikeisiin ongelmiin. Tavoitteeseen pääseminen on edellyttänyt hoitojärjestelmän virittymistä potilaskeskeiseksi. Klinikka on panostanut teknologian monipuoliseen hyödyntämiseen ja nykyhetkellä merkittävästi massadatan (*big data*) analytiikkaan ja käyttöön. Klinikan lähestymistapaan kuuluu, että innovointia voi oppia ja opettaa ja sen edellytyksenä on lahjakkaisiin ja huippuosaajiin panostaminen sekä kriittisen keskustelukulttuurin kehittäminen. Kriittinen klinikan kielenkäytössä on eri asia kuin asenteellinen kritisismi; kriittisyys merkitsee analyyttista ajattelutapaa, jossa luova tietoperustaisuus tukee tavoitteellisuutta. Keskeisiin innovatiivisuutta edistäviin klinikan periaatteisiin kuuluvat tiedon jakaminen ja vuorovaikutteisuus. Koska pyrkimys on vastata kaikkein kiperimpiin haasteisiin ja vaativimpiin ongelmiin, klinikka arvostaa jo varsinaista ratkaisua luovaa prosessia, ei pelkästään valmista lopputulosta.

Innovointi tapahtuu potilasta varten ja potilaskeskeisesti. Palveluita on kehitetty testaamalla itsepalvelukioskeja. Klinikka kehittää aktiivisesti myös yhteistyöverkostoa, jakaa tietoa ja kollaboroi myös kilpailijoidensa kanssa tavoitteena myös laajempi toimintamallien muutos. Teknologialla ja digitalisaatiolla on tässä muutoksessa yhä suurempi rooli. Klinikka valtaistaa työntekijöitään opastamalla siihen, että ”jokainen on innovoija”. (Graham 2016, 1–6, 18–27, 31.) Clevelandin klinikan innovaatioperiaatteet vastaavat terveydenhuollon muutosajureihin paradigman muutoksesta, tietoperustaisuuden ja käytäntöperustaisuuden yhteen liittämisestä sekä jaetun, ongelmia ratkovan johtajuuden keskeisyydestä.

Aiemmin kuvatuille formaalille, suoralle ja yksittäisen johtamisen rakenteille ja malleille on yhteistä niiden painottuminen Heifetzin viittaamaan tekniseen toimintaan. Adaptiivisen organisaation muutoskyky viittaa sosiaaliseen prosessiin, jossa luodaan merkityksiä ja kohdataan epävarmuutta sekä toimitaan vuorovaikutteisesti ja osallistettuina yhdessä. Adaptiivisen johtajan keskeisiin tehtäviin kuuluu määritellä ja kuvata konteksti. Merkityksen luomisen tärkeys korostuu erityisesti epävarmoissa ja monitulkintaisissa tilanteissa, jollaisia ovat muun muassa paradigman vaihdos ja suuren kokoluokan muutokset.

Adaptiivinen johtaminen

Adaptiivisen johtajuuden käsite on esiintynyt kompleksisten adaptiivisten systeemi-teoreetikkojen (CAS) keskusteluissa. Benyamin Lichtenstein, Mary Uhl-Bien, Russ Mari-on, Anson Seers, James Douglas Orton ja Craig Schreiber ovat muun muassa olleet niitä CAS-teoreetikkoja, jotka ovat nostaneet käsitettä keskusteluun. Ronald Heifetz ja Marty Linsky ovat puolestaan jatkojalostaneet adaptiivisen johtamisen toiminnallisen mallin (2002; 2006) yhdessä Alexander Grashowin kanssa. Toiminnallinen adaptiivisen johtamisen malli sisältää tilanteen erityisyyttä hahmottavia menetelmiä ja toimintatapoja, joiden avulla muutosta ohjataan tavoitteelliseen suuntaan.

Keith Grint on kehittänyt Heifetzin ja Linskyn mallia edelleen ja jaottelee johtamisen erilaisiin moodeihin tilanteen luonteen mukaan. Grint suhtautuu kriittisesti perinteiseen leadership–management-vastakkainasetteluun ja laajentaa tarkastelua. Grintin näkemyksen mukaan iso osa johtajan tehtävistä liittyy ongelmien ratkaisuun. Johtamisen kahtiajaon manageristisen ulottuvuuden voi nimetä olevan johtamista *déjà vu*, eli tämä on jo nähty, ja *leadership*-ulottuvuuden puolestaan sanaleikillisesti *vu jàdé*, eli jotakin, jota ei ole aiemmin nähty. Ongelmien typologisointi avaa uudella tavalla johtamisen tehtäväkenttää. Hän määrittää kriittisille ongelmille, kesyille (*tame problems*) ja kiperille ongelmille (*wicked problems*) erilaiset johtamissisällöt (2005; 2008; 2010). Kriittisillä ongelmilla viitataan toimintoihin, jotka ovat välttämättömiä tehdä nopeasti ja tehokkaasti ja jotka ovat tunnistettavia. Kriittinen ongelman ratkaisemista kuvaa esimerkiksi sairaalaympäristössä päivystyspolikliinisen tapaturma-aseman traumapotilaiden hoito. Grintin kiperät ja kesyt ongelmat ovat analogisia Jeff Conklinin jaottelulle (2005).

Johtamisympäristössä kiperät ongelmat viittaavat organisaatioiden toimintaympäristön suuriin muutoksiin, joiden mukana ilmaantuu aivan uudenlaisia haasteita. Kesyt ongelmat ovat sellaisia, jotka voi hahmottaa, rajata, tunnistaa ja niitä voi jopa ennakoida. Niiden ratkaisuun riittää olemassa olevat taidot, tietämys ja aiempi kokemus. Kiperiin ongelmiin sen sijaan ei ole valmiita ratkaisuja, mutta niitä on pyrittävä ratkaisemaan, ja ennen pitkää ne vaativat pakosti ratkaisuja. Niitä ei voi kuitenkaan kohdata miten vain, sillä ne voivat kehittyä toimimattomista yrityksistä johtuen entistä vaikeammiksi. Sopimattomasta ratkaisukeinosta tulee tällöin osa yhä pahenevaa ongelmaa. Kiperien ongelmien luonteeseen kuuluu, että niiden ratkaiseminen voi hyvinkin olla kertaluontoista – jotakin, mikä ei koskaan enää toistu. (Ks. esim. Conklin 2005, 3–23; Brown 2010; Smithson 2010).

Jeff Conklin esittää kiperien ongelmien tunnusmerkeiksi, että 1) kiperää ongelmaa ei (aina) tunnista, ennen kuin sen on ratkaissut, 2) kiperillä ongelmilla ei ole (alku- eikä) päätöspistettä, 3) kiperien ongelmien ratkaisut eivät ole typistettävissä muotoon oikea tai väärä, 4) jokainen kiperä ongelma on uusi ja ainutlaatuinen, 5) jokainen kiperän ongelman ratkaisu on kertaluonteinen

ja suuntautuu vain käsillä olevaan ongelmaan ja 6) kiperille ongelmille ei ole valmiiksi annettuja vaihtoehtoisia ratkaisuja. (Conklin 2005, 16–18.)

Kun kiperiin ongelmiin ei usein ole selkeää alkupistettä, joten niiden lopputulosta voi ennalta tietää, mikäli niillä on jokin päätepiste. Kiperien ongelmien ratkaisemiselle on yhteistä, että niiden ratkaisuun tarvitaan moninäkökulmaisuutta, luovuutta, dynaamisuutta ja innovatiivisuutta.

Olennaista Grintin mukaan on se, että kuhunkin ongelmaluokkaan tarvitaan erilaista johtamista. Kesyt ongelmat edellyttävät johtamistapaa, joka vastaa Heifetzin teknistä johtamista. Johtamiselta edellytetään, että johtaja kokoaa tarvittavat tekijät ja resurssit sekä ohjaa niiden tehokasta ja tuloksellista käyttöä ennalta tunnettujen ja tiedettyjen tavoitteiden mukaisesti. Kiperiin ongelmiin vastaaminen edellyttää johtajalta johtamisotetta, joka vastaa Heifetzin adaptiivista johtamista ja jolle Grintin kiperien ongelmien johtaminen on analoginen. Grintin mukaan johtajakaan ei täysin tunnista kiperän ongelman koko luonnetta ja laajuutta eikä siten pysty osoittamaan selkeää tapaa ratkaista sitä, joten johtajan tehtäväksi tulee orkesteroida moninäkökulmaista, luovaa sosiaalista prosessia. Kriittinen ongelma edellyttää johtamiselta selkeää määräysvaltaa käske ja kontrolloi -tyyppisesti, sillä ongelman kiireellisyys edellyttää nopeaa ja tehokasta reagointia. Kriittiset ongelmat ovat yleensä kriittisyydestään huolimatta ratkaisukeinoiltaan tunnistettavia. (Grint 2008; Grint 2005; Head & Alford 2015; Bailey et al. 2012.)

Grintin mukaan kesyt ongelmat voivat olla monimutkaisia, mutta jossakin kohtaa ne ovat kuitenkin ratkaistavissa ja todennäköisesti ne ovat esiintyneet jossakin muotoa aikaisemminkin. Kesyihin ongelmiin liittyy rajallinen määrä epävarmuutta silloinkin kun ne ovat monimutkaisia ja siten johtaminen on lähinnä managerista aluetta. Kiperä ongelma on sen sijaan kompleksinen sen sijaan, että olisi monimutkainen. Toisin sanoen kiperään ongelmaan ei ole ennalta tiedettyä lineaarista ratkaisua eikä mikään ratkaisu ole oikea tai väärä, vaan on vain toimivia ja toimimattomia ratkaisuja. Kiperiin ongelmiin liittyy huomattavan paljon epävarmuutta ja siten epävarmuuden asteensa kautta se on keskeisimmin ihmisten johtamisen, leadershipin aluetta. Kiperän ongelman ratkaisu edellyttää sosiaalista, vuorovaikutteista ja kollaboroivaa proses-

sia. Kriittisen ongelman komentaja, kesyjen ongelmien manageri ja kiperien ongelmien leadership-johtajaroolit vastaavat ongelman ja johtamisen toimintatapaan. Ongelman luonne määrittää johtamista. Kiperät ongelmat ja epävarmuus muodostavat johtamiselle tehtävän, joka edellyttää organisaatiolta ratkaisukykyä ja muutoskykyä verrattuna kesyihin ja teknisesti ratkaistavissa oleviin haasteisiin. (Grint 2005; 2008; 2010.)

Grintin johtamisjaottelu:

- kesy ongelma: manageri, jonka rooli on tuottaa prosessi jolla ongelma ratkaistaan
- kriittinen ongelma: kriisitilanne, jota johtaa komentaja, joka joukkoineen vastaa ongelmaan johtajan, komentajan näkemyksen mukaan
- kiperä ongelma: leader, johtajan rooli on kysyä oikeita kysymyksiä ja edellyttää yhteistyötä ja kollaboroivaa, tietoa jakavaa prosessia (Grint, 2005; 2008.)

Ronald Heifetzin adaptiivisen johtamisen malli on saanut esimerkiksi Isossa-Britanniassa vankkaa asemaa varsinkin epävarmoissa ja muutoskykyä edellyttävissä tilanteissa ja kiperissä ongelmissa. Heifetzin mukaan adaptiiviset haasteet ovat vuorovaikutteisen ihmisten johtamisen (*leadership*) ydintä ja vastaamista kiperiin ongelmiin. Heifetzin mukaan haasteita on kahdenlaisia – adaptiivisia ja teknisiä. Leadership vaatii haasteisiin vastaamista uusilla, mielekkäillä ja luovilla tavoilla. Tekniset haasteet edellyttävät lähinnä olemassa olevan tietämyksen käyttöä; kuhunkin tekniseen haasteeseen on jo olemassa jokin valmis ja koeteltu, testattu vastaus, joten johtaminen on lähinnä niiden ihmisten valtaistamista, joiden tiedetään entuudestaan osaavan ratkaista kyseinen tekninen haaste. Joten tekniset haasteet ovat tunnistettavissa, esiintyneet historiassa aiemminkin, niiden sisältö ja ratkaisutavat on hahmotettuja ja ainakin asiaa koskevien asiantuntijoiden tietämiä. Tekninen haaste voi olla monimutkainen ja vaatia korkeaa koulutusta ja erityisosaamista kuten esimerkiksi kirurgiset operaatiot, mutta samalla niidenkin luonteeseen kuuluu, että jo aloitettaessa tiedetään, miltä lopputuloksen tulisi näyttää. (Heifetz 1994, 120–130; Hickman 2010, 175.)

Analogisesti Grintin jaottelun kanssa Heifetzin adaptiivisiin haasteisiin ei ole valmiita vastauksia ja toimintamalleja. Siten haasteesta on luotava yhteinen ymmärrys, on tunnistettava sen piirteitä, opittava tuosta ymmärryksen luomisen prosessista, opittava uusia malleja ja lähestymistapoja yhdessä vastata kyseiseen haasteeseen. Eri osapuolet ovat osa prosessia löytää mielekäs tapa vastata adaptiiviseen haasteeseen, johon ei ole ennalta tiedettävissä olevaa yhtä oikeaa vastausta tai toimintamallia. Toisilta oppiminen, vuorovaikutus ja ymmärryksen muodostaminen ovat olennaisia osia tuota prosessia. (Emt.)

Tilanteen edellyttäessä muutoskyvykkyyttä johtajat tyypillisesti kohtaavat muutosvastarintaa. Adaptiivisten haasteiden tilanteissa toimintamallien ja organisaation pelisääntöjen muuttaminen aikaansaa muutosvastarintaa. Johtajan tehtävä on muuttaa pelisääntöjä ja turvata muutoskyvykkyys sillä organisaation muutoskyvykkyys on Heifetzin mukaan se kantava voima, jonka varassa organisaatio selviytyy. Adaptiivista johtajuutta tarvitaan hänen mukaansa juuri muutosvastarinnan ja muutostarpeiden käsittelyyn, jotta voitaisiin päästä vastakkainasettelusta muutoskyvykkyyteen ja sopeuttaa toiminta uusiin realiteetteihin. Heifetz määritteli adaptiiviselle johtajalle seuraavat toimintaperiaatetta:

1. ”Mene parvekkeelle”, tunnista adaptiivinen haaste.
2. Anna työ takaisin ihmisille, mutta sillä tasolla että he voivat kantaa saamaansa vastuuta, ja huolehtia siitä, että he osallistuvat adaptiiviseen muutokseen, kohdistavat huomion asioiden kehittymiseen eivätkä muutosahdistusta lisääviin häiriötekijöihin. Vältä yksilöiden muutokseen liittyvien ongelmien ratkaisua heidän puolestaan.
3. Pidä stressi, muutosvastarinta ja -ahdistus sellaisella siedettävällä tasolla, että adaptiivinen muutos on mahdollista. Käytä konfliktia rakentavasti.
4. Luo kannatteleva ympäristö, jossa adaptiivinen työ on mahdollista tehdä tehokkaasti. Luo ympäristö, joka yhtä aikaa luo suojaa ja haastaa adaptiiviseen työhön.
5. Ylläpidä määrätietoista ja tavoitteellista huomiota ja toimintaa, tunnista yksilöiden kiusaus adaptiivisen työn välttelyyn ja muuhun oireiluun

kuten esimerkiksi riippuvuuteen, projektioon tai taistele/pakene -reaktionmuodostukseen.

6. Suojele niitä näkemyksiä ja kannanottoja, joihin ei liity päätös- tai käskyvaltaa, formaalia auktoriteettia ja varmista, että kaikki näkökulmat tulevat kuulluiksi ja harkituiksi. Huolehdi, että vähemmistönä olevat näkemykset on huomioitu ja enemmistön näkemykset on haastettu. (Heifetz at al. 2009b, 32–39, 125–132; Benington & Turbitt 2007, ks. myös Heifetz 1994, 128–130.)

Teknisten haasteiden johtaminen heijastelee piirteitä klassisesta täydellisen rationaalisuuden normatiivisesta päätösteoriasta. Normatiivisessa päätösteoriassa prosessi alkaa 1. ongelman tunnistamisesta, jatkuu 2. vaihtoehtojen tunnistamiseen, jota seuraa 3. vaihtoehtojen arviointi ja päätyminen 4. parhaan vaihtoehdon valinta ja 5. täytäntöönpano. (Harisalo 2008, 151.) Rajoitetun rationaalisuuden päätösteoria heijastelee puolestaan historiallisena jatkumona adaptiiviseen johtamiseen. Klassisen teorian mukaan päätöksenteko on rationaliteetiltaan rajoitettua, koska organisaatioiden sosiaalisten järjestelmien kyky kerätä, käsitellä, analysoida ja omaksua tietoa on rajallinen, jolloin ongelmien ratkaisun täydellisen rationaliteetin edellyttämällä tavalla ei ole mahdollinen. Kun ongelmat ovat liian monimutkaisia ratkaistavaksi, niihin annetaan jokin näennäisratkaisu, jonka avulla organisaatio selviää tilanteesta riittävällä tasolla tai siirtää ratkaisua myöhemmäksi. (Harisalo 2008, 156.) Kompleksisuusajattelussa nämä klassiset teoriat ovat sulautuneet pragmatismin ja adaptiivisten systeemien kokonaisuuteen historiallisina kaikuina.

Adaptiivisen johtamisen malleissa on selkeitä vastaavuuksia ja toisintoja varhaisimmista versioista. Ne esittävät teknisen tai mekaanisen, valtakeskeisen johtamisen puutteita muutoskykyä edellyttävissä prosesseissa ja tilanteissa joissa joudutaan vastaamaan kiperiin ongelmiin. Ne painottavat työn mielekkyyden kokemusta edistäviä vuorovaikutusta, yhteistyötä ja tiedon jakamista. Ne arvottavat luovuutta ja ongelmaratkaisutaitoja, prosessi itsessään on arvokas. Mahdollisuuksien tunnistaminen ja joustavuus liittyvät johtajan määrittämään visioon ongelman ratkaisusta. Systeemi on avoin. Viime vuosien pai-

notuksiin on tullut mukaan tiedon jakamiseen teknologian hyödyntäminen ja digitalisaatio.

Adaptiivinen johtaminen vastauksena terveyspalveluiden kompleksisuuteen

Terveydenhuollon organisaatioita voidaan perustellusti pitää yhteiskunnan kaikkein kompleksisimpiin kuuluvina. Kun johtaminen on osaltaan konteksti-spesifiä, organisaation kompleksisuus haastaa sen johtamista ja johtamismalleja. Terveydenhuollon organisaatioiden kompleksisuuteen kuuluu muun muassa suuri määrä erilaisia ja keskinäisriippuvaisia toimijoita ja tekijöitä, joiden yhteistoiminnan sujuvuus ja luonne kussakin tilanteessa aikaansaa tuloksia, jotka ainakin joiltakin osin ovat ennalta tarkasti määrittelemättömiä. Esimerkiksi yksittäisen potilaan hoitoprosessit, niitä koskeva tiedonvaihto ja raportointi eri yksiköiden välillä sisältävät vaihtelua sen mukaan, ketkä raportoivat; myös tukipalvelut lisäävät vaihtelua. Monimutkaisuutta ja vaihtelua lisäävänä tekijänä on nähty myös se, että korkeasti erikoistuneet kliinikot ja kliiniset asiantuntijat odottavat arvostusta, päätöksenteossa omaa asemaa sekä jonkinasteista autonomiaa myös suhteessa laatu-standardeihin. Haasteena on nähty myös kunkin ammattikunnan vahva historia ja ammattiin liittyvä sosialisaatioprosessi, jonka seurauksena hallinnon ja johtamisen funktiot ovat toimineet varsinaiselle hoitotyölle etäisinä saarekkeina. Hallinnon keskeistä ohjausta on siten ollut ammattitaidon ja pätevyyden määrityksiin, koulutukseen ja kunkin ammatin sosialisaatioprosessiin luottaminen. Valvonta on samalla pitkälti luovutettu professioille, mutta samoin on toimittu kehittämisenkin suhteen – käytäntöjen kehittäminen on ollut ennemmin professioiden aluetta kuin hallinnon työtä. Ja uudistuksia tehdään keskeisesti rakenteiden kautta. (Begun & Thygeson 2015; Yukul & Mahsud 2010; Syväjärvi et al. 2012, 27.)

Edellä olevan tilannekuvan on nähty pätevän hyvin sairaalaan ja sen toimintoihin, mutta kompleksisuus kasvaa samalla kun sairaaloiden odotetaan verkostoituvan ja tekevän tiivistä yhteistyötä keskenään. Sairaalan, sairaaloiden ja hoitoyksiköiden kompleksisuus on ensisijaisesti terveyspalveluiden

sisäistä kompleksisuutta. Ulkoiseen kompleksisuuteen liittyy monia toimintaympäristön tekijöitä. Aiemmin on kuvattu terveyspalveluiden toimintaympäristön kompleksisuutta muun muassa poliittisen päätöksenteon, rahoituksen, julkisen keskustelun ja digitalisoitumisen näkökulmista.

Digitalisaation merkitys terveyspalveluissa kasvaa, sillä sen on nähty olevan keino vastata ikääntyvän yhteiskunnan terveyspalveluiden palvelutarpeisiin sekä huoltosuhteeseen. Pyrkimyksenä näissä malleissa on painopistesiirtymä sairaudenhoidosta terveyden ylläpitämiseen, osallisuuteen ja itseohjautuvuuteen sekä kustannusten vähentämiseen. Palvelutarpeisiin vastaaminen vallitsevin keinoin ja ilman sähköisten palveluiden kehittämistä on nähty umpikujana varsinkin harvaan asutuilla alueilla. Terveyspalveluiden digitalisaatioon vaikuttavat myös palvelutuottajien tarpeet, kroonisten sairauksien hoidon kehittämisen haasteet, potilaiden odotukset henkilökohtaisesta palvelusta ja palveluosallisuudesta, markkinoiden paineet kehittää lääkäri–potilas-yhteyttä sekä teknologian kehitys. Digitaalisten mallien hyödyntäminen edellyttää johtamiselta uutta ajattelua; joustavuuden ja tietovirran kehittäminen sekä rakenteisiin liittyvän kompleksisuuden vähentäminen asettavat johtamismalleille vaatimuksia. (Hori, Ohashi & Suzuki 2006; Tan 2010.)

Edellä kuvatuista terveyspalveluiden sisäisistä ja ulkoisista kompleksisuustekijöistä juontuvat terveyspalveluiden toimintamallit ovat alkaneet rakentua ensinnäkin siitä, että osataan erottaa ongelman luonne sen ratkaisusta, tai siitä, miten ongelmaa voidaan lähestyä. Samalla terveyspalveluiden keskusteluun on tullut adaptiivisen johtamisen mallit. Selkeisiin, tunnettuihin ongelmiin ratkaisua voidaan hakea rationaalista päätöksentekoa painottavalla johtamisella. Edellä kuvattu tekninen ajattelutapa ongelmaratkaisussa kuvaa tätä lähestymistapaa. Monet terveyspalveluiden ongelmaratkaisut liittyvät kuitenkin tilanteisiin, joita kuvastaa kompleksisuus. Olennaista on hahmottaa ero teknisen ja adaptiivisen ongelmanratkaisun välillä. Tekninen ajattelu, ongelmanratkaisu ei sovellu adaptiivista ajattelua edellyttävään kompleksiseen ongelmaan. (Begun & Thygeson 2015.)

Adaptiivinen johtaminen palautuu kysymykseen johtamisen sosiaalisesta prosessista ja auktoriteetista. Teknisiin haasteisiin soveltuva manageristinen

johtaminen tukeutuu formaaliin auktoriteettiin, kun adaptiivinen johtaminen on luonteeltaan ennemmin informaalia, suostuttelevaa, tavoitteesta lähtevää. (Begun & Thygeson 2015.)

Terveydenpalveluiden adaptiivisen ja teknisen johtamisen välistä eroa voidaan selkiyttää terveyspalveluiden adaptiivisen johtamisen periaatekuvauksella. Thygeson et al. ovatkin muotoilleet Heifetzin ja Laurien adaptiivisen johtamisen periaatteita erikseen terveyspalveluiden organisaatioille sopiviksi. Tässä yhteydessä nämä periaatteet ovat: 1. mindfulness (parvekkeella oleminen), 2. diagnoosi (adaptiivisen haasteen tunnistaminen), 3. stressin hallinta (potilaan sitoutuneisuudesta huolehtiminen hänen jaksamistaan ja uupumustaan seuraamalla), 4. huomion kurinalainen ylläpitäminen (teknisen työn häiritsevyyden rajoittaminen), 5. työn palauttaminen takaisin ihmisille (potilaan adaptiivinen työ kuuluu potilaalle) ja 6. alhaalta ylöspäin suuntautuvien äänien suojeleminen (potilaiden merkitys heidän terveytensä vaalijoina). (Thygeson, Morrissey & Ulstad 2010.)

Heifetz pitää tyypillisenä johtamisvirheenä sitä, että adaptiivisia haasteita yritetään ratkaista teknisen ajattelun keinoin. Toisin sanoen toimimalla Grintin termein manageristisesti. Terveyspalveluissa liiallinen luottamus managerismiin, rationaaliseen päätöksentekoon tilanteissa, joissa ongelmaa tai haastetta ei sen koko laajuudessa tunneta, johtaa vaillinaisiin lopputuloksiin. Teknisen ajattelutavan rajoitteita on, että potilaita ei osallisteta ja vastuuteta heidän osuudestaan adaptiivista työtä. Esimerkiksi medikalisaationa nimetty liiallinen luottamus merkitsee, että potilaalta ei edellytetä elämäntapoihin liittyviä muutoksia, vaan sen sijaan ratkotaan haastetta lääkkein. Esimerkin mukaisesti ratkaisematon alkuperäinen haaste voi lääkitykseen perustuvana ratkaisupyrkimyksenä puolestaan saada aikaan sivuvaikutuksia, joita potilaalla ei olisi, jos ratkaisu perustuisi potilaan omaan adaptiiviseen työhön elämäntapojensa muuttamisesta. Adaptiivinen johtaminen merkitsee haasteiden, ongelmien tunnistamista. Haasteilla voi olla piirteitä kummastakin, jolloin näiden eri puolten tunnistaminen edellyttää molempien lähestymistapojen rinnakkaisuutta. (Bailey et al. 2012; Heifetz 1994; Heifetz et al. 2009; 2009b.)

Adaptiivista johtamista terveyspalveluissa on katsottu tarvittavan monissa muutostilanteissa kuten esimerkiksi terveyspalveluiden integraatiot ja keskittämiset, verkostojohtamista edellyttävät yhteistyö- ja toimintamallit, organisaatiomuutokset ja palvelureformit, innovatiivisten terveyspalveluiden kehittämisen tarve, tulevaisuuden terveysjohtajien kouluttamiseen ja kehittämiseen, terveyspalveluiden johtamiseen virheistä poisoppimisen kulttuuriin sekä edellä mainittuun palveluiden digitalisoitumiseen. Sekä äkilliset että pidemmän aikavälin muutostarpeet luovat uhkan organisaatiolle, mikäli se ei ole muutoskyvykäs. Muutostarpeisiin liittyy vastakkaisia arvoja ja näkemyksiä, jolloin johtamisen sosiaalinen prosessi ja merkitysten yhdessä luominen korostuvat. Johtajan kyky tasapainottaa eriäviä arvoja ja näkemyksiä sekä luoda yhteisiä merkityksiä ovat adaptiivisen johtamisen perustaa. Adaptiivisen johtamisen tehtävää on luoda yhteistä käsitystä adaptiivisesta haasteesta, johon vastataan. (Hartley, Martin & Benington 2008, 100–110; ks. myös Yukul & Mahsud 2010.)

Terveydenhuollon kompleksiset systeemit kohtaavat sekä teknisiä että adaptiivisia haasteita. Adaptiiviset haasteet edellyttävät oppimista ja käyttäytymisen muutosta, joita nimetään adaptiiviseksi työksi. Teknisten haasteiden ratkaisukeinot eivät toimi adaptiivisten haasteiden kanssa, jolloin adaptiivisen johtamisen tehtävä on auttaa johdettavia tunnistamaan tämä, auttaa organisaatioita ja ihmisiä tekemään adaptiivista työtä.

Terveydenhuollossa adaptiiviset haasteet eroavat teknisistä haasteista kolmella keskeisellä tavalla. Ensinnäkin siinä miten ongelma hahmotetaan ja kuinka siihen voidaan ajatella vastattavan. Adaptiivisessa haasteessa ei ole selkeää vastausta. Toiseksi vastaus edellyttää merkittävää muutosta osallisen käyttäytymisessä. Esimerkiksi lääkäri ei voi tehdä adaptiivista työtä potilaan puolesta, potilaan on itse tehtävä oma adaptiivinen työnsä, otettava vastuuta omasta osastaan muutoksessa tai muuttumisessa. Kolmanneksi muutos edellyttää adaptiivisen työn tekijältä uhrauksia, sillä tuloksia ei saavuteta ilman jostakin luopumista. Esimerkiksi potilas ei voi saavuttaa adaptiiviseen vastaamiseksi tuloksia ilman että sopeuttaa, luopuu, tekee joitakin uusia elämänvalintoja. Vastaavasti menetyksen pelko aikaansaa muutosvastarintaa. Yksi

muutosvastarinnan muoto on adaptiivisen työn välttely. Adaptiivisen työn välttelyä esiintyy sekä hoitavalla henkilökunnalla että potilailla; lääkäri ei esimerkiksi ota puheeksi potilaan elämätapoja ja niiden muuttamisen tarvetta ja vastaavasti esimerkiksi potilas ei sitoudu elämäntapojensa muutokseen. Lääkärin adaptiivisen työn välttelystä voi seurauksena olla paitsi hoidon tehottomuutta, niin myös potilas–lääkäri-suhteen luottamuksen heikkenemistä. (Thygeson, Morrissey & Ulstad 2010.)

Haasteet voivat koskea sekä terveydenhuollon organisaatioita että potilaalle suunnattuja palveluita ja hoitoa. Organisaatioiden tasolla haasteet ilmenevät esimerkiksi edellä mainittuina sisäisen kompleksisuuden kysymyksinä.

Moderni lääketiede on kehittynyt merkittävästi monien teknologisten innovaatioiden myötä. Samalla monien lääketieteen ja hoidon alueilla kehitys on ollut olennaisesti hitaampaa ja moniin kiperiin ongelmiin ei ole löytynyt lopullista ratkaisua ja laajamittaisia adaptiivisia haasteita eli ongelmia joihin ei ole valmista, selkeää ja ennalta tunnistettua ja tiedettyä ratkaisua, on ilmaantunut. Näitä adaptiivisia haasteita ovat esimerkiksi elämäntapojen myötä kehittyneet ja niihin liittyvät krooniset sairaudet. (Thygeson, Morrissey & Ulstad 2010.)

Kroonisissa sairauksissa lähtökohtana on tyypillisesti adaptiivinen haaste. Krooninen sairaus on usein haaste ihmisen omalle fyysiselle ja henkiselle jaksamiselle, läheisten jaksamiselle sekä arjen toiminnoissa selviämiselle. Kroonisesti sairaat joutuvat ottamaan huomioon kaikissa tekemisissään ja suunnitelmissaan sairautensa. Krooniset sairaudet eivät etene selkeästi ennustettavalla tavalla eivätkä ne ole teknisen ajattelutavan mukaisesti ratkaistavissa, vaan oireita hoidetaan ja lievennetään niiden ilmaantuessa kulloisenkin taudinkuvan mukaan. Krooniseen sairauteen liittyy usein ennustamattomia sivuoireita, muiden sairauksien esiintymistä, epäjatkuvia kehityspolkuja ja erilaisia elämäntilanteisiin liittyviä vaiheita. Kroonisia sairauksia onkin alettu lähestyä adaptiivisen johtamisen mallin mukaisin viitekehyksin, jossa painopiste siirtyy teknisestä ja yksipuolisesta potilaan hoitamisesta (*doing for*) tekemiseen potilaan kanssa (*doing with*).

Toimintatavan muutos edellyttää osaamista ja ymmärrystä sopeuttaa potilasta krooniseen sairauteen, kehittää potilaan ja hänen läheistensä kapasiteettia adaptiiviseen työhön sekä tukea heitä tässä työssä. Tällöin hoitotiimi tuottaa yhdessä (*co-produce*) potilaan ja hänen läheistensä kanssa tukea krooniseen sairauteen. Näitä ovat esimerkiksi elämäntapojen muutoksen ohjeet, vertaistukiryhmät, yhteydenpito hoitotiimiin ja vertaistukeen, potilaan ja läheisten tuki muutoksiin sekä kroonisen sairauden, siihen sopeuttavien ja tukevien hyvinvoinnin tieto-lähteille opastaminen oireisiin liittyvän lääkehoidon lisäksi. Pyrkimyksenä on lisätä tietoa ja tietämystä sekä luoda yhdessä merkityksiä sille toiminnalle, jolla pyritään ratkomaan adaptiivista haastetta. (Anderson, Bailey Jr., Wu, Corazzini, McConnell, Thygeson & Docherty 2015.)

Lähestymistapa edellyttää aitoa potilaskeskeisyyttä. Potilas on keskiössä vuorovaikutteisessa keskustelussa toimenpiteitä ja tukea suunnitellessa, sovittaessa ja päätettäessä. Adaptiivinen johtajuus tarkoittaa johdettavien auttamista haasteiden ja ongelmien luonteen tunnistamisessa; miten kompleksisena näyttäytyvä ongelma eroaa teknisestä haasteesta. Mikäli haasteessa on kumpiakin puolia – teknisiä ja adaptiivisia – adaptiivinen johtajuus tarjoaa tietämystä ja osaamista potilaan käyttöön siten, että hän kykenee erottamaan haasteen tekniset ja adaptiiviset ulottuvuudet. Teknisen puolen haasteisiin adaptiivinen johtaja tuo erityisasiantuntijoita tai -ammattilaisia, jotka ratkovat niitä. Näitä teknisiä kysymyksiä voivat olla esimerkiksi oireiden hoito ja apuvälineiden käyttö. Adaptiiviseen haasteeseen adaptiivinen johtaja kehittää koko yhteistuotantoa tekevän ryhmän kapasiteettia; kapasiteetin kehitys koskee sekä hoitotiimiä että potilasta läheisineen. Kapasiteetin kehittämisessä tunnistetaan ja määritetään sitä adaptiivisen työn osuutta, joka on potilaan omaa adaptiivista työtä ja jota muut eivät voi tehdä hänen puolestaan, kuten esimerkiksi muuttaa hänen elämäntapaansa. Adaptiivisen johtamisen mallin mukaisesti huomiota tulee kiinnittää myös sellaisiin olosuhteisiin, joissa potilaan adaptiivinen työ ei ole mahdollista. Esimerkiksi jos läheisten adaptiivisen työn kapasiteetti ei kehity tai jos potilaan muistihäiriöt hidastavat uusien elämäntapojen ja toimintamallien oppimista.

Edellä kuvattua summaten adaptiivinen johtaminen ilmenee kroonisten sairauksien esimerkkitapauksissa potilaskeskeisyytenä, yhteistuottamisena, tiedon jakamisena ja yhteisenä merkitysten luomisena. Lisäksi adaptiivinen johtaminen on oireiden arviointia, muutosten arviointia ja suunnitelman toimivuuden arviointia. Vuorovaikutteisessa potilaan ja hänen läheistensä kanssa toteutuvassa prosessissa luodaan yhteinen merkitys sille, mitä krooninen sairaus on potilaalle ja miten potilas läheisineen omalta osaltaan sairauden mukanaan tuomiin haasteiseen vastaavat. Prosessissa vastataan siihen, miten tuetaan ja vahvistetaan potilaan ja hänen läheistensä sitä sopeutumisen kapasiteettia, joka heillä jo on. Lisäksi prosessissa tuetaan yhdessä sellaisen kapasiteetin ja taitojen kehittämistä, joita krooninen sairaus edellyttää. Adaptiivinen johtaminen merkitsee kroonisen sairauden esimerkkitapauksessa sellaista johtamisotetta, joka fasilitoi potilasta ja hänen läheisiään tekemään omaa adaptiivista työtään siten, että adaptiiviseen haasteeseen vastataan. Fasilitointi merkitsee holistista ja potilaskeskeistä lähestymistapaa, joka huomioi potilaan elämäntilanteen arjen toimintoineen ja ympäristöineen. (Anderson, Bailey Jr., Wu, Corazzini, McConnell, Thygeson & Docherty 2015.)

Adaptiivinen johtaminen hyötyy merkittävästi digitalisaatiosta, joka on samalla yhtenä ajurina synnyttämässä muutosta adaptiiviseen johtamiseen. Vertaistuki, tiedonhaku, keskusteluryhmät, adaptiivisen työn tekijöiden yhteistyöalustat sekä tiedonjako ovat välineitä tukea adaptiivista työtä sekä potilailla että hoitotiimeillä. Ne mahdollistavat joustavaa, itseohjautuvaa, vuorovaikutteista ongelmanratkaisua. Potilaiden sähköiset asiointikanavat hoitotiimin kanssa mahdollistavat yhdessä tapahtuvaa oireiden arviointia, muutosten arviointia ja suunnitelman toimivuuden arviointia.

Johtopäätöksiä

Tämä teksti on tarkastellut terveysjohtamisen menossa olevaa muutosta. Keskeisenä selvityskohteena on ollut Suomen ulkopuolinen läntinen maailma. Avainkäsitteinä ovat olleet muutoskyky ja adaptiivisuus. Adaptiivinen johtaminen on saamassa jalansijaa vastauksena kompleksisuuden kohtaamiseen ja

muutostarpeisiin. Muutoksiin on haastamassa palveluiden digitalisoituminen ja nopeasti kehittyvä robotiikka. Ne haastavat maailmaan, jonka toimintamallit tai mahdollisuudetkaan eivät ole entuudestaan tuttuja. Mahdollisuuksien tunnistaminen liittyy myös siihen miten johtaminen nähdään. Uuden johtamisajattelun ja siihen kuuluvan adaptiivisen johtamisen yhteydessä voi siten perustellusti puhua paradigmamuutoksesta.

Terveydenhuollossa adaptiivinen johtaminen merkitsee kahdenlaisen kompleksisuuden kohtaamista. Kompleksisuus liittyy sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäisiä tekijöitä ovat muun muassa organisaation rakenne ja yksiköiden välinen yhteistyö sekä tiimien ja ammattiryhmien yhteistyö. Robotiikka ja digitalisaatio ovat tuomassa terveyspalveluita osaltaan täysin uusien mahdollisuuksien maailmaan. Yhteistä näille mainituille on, että ne toisaalta haastavat manageristista johtamisajattelua ja toisaalta alkavat edellyttää organisaatioilta jatkuvaa muutoskykyä selviytymisen keinona.

Ainoastaan hyvin vakiintuneissa ja stabiileissa systeemissä on mahdollista käyttää rationaalista ja manageristista johtamista ja lähestymistapaa. Mikäli ongelma ja sitä koskevat vastauskeinot tunnetaan, rationaalisesti painottunut lähestymistapa on tehokas. Sen sijaan mitä enemmän ei-tiedettyä, epävarmuutta tai epätarkkuutta ongelmaan liittyy, sitä tärkeämmäksi tulee adaptiivisuus. Kompleksiset organisaatiot sekä niissä ilmenevät kiperät ongelmat ja tilanteet edellyttävät johtamisen sosiaalisen prosessin ja vuorovaikutteisuuden kasvattamista. Adaptiivisuus edustaa juuri näitä johtamisen puolia – sen avulla kehitetään organisaation dynaamisuutta ja sen muutoskykyä. Kiperät muutoshaasteet ja -tekijät ovat vaikuttaneet keskeisesti siihen, että terveydenhuollon johtamista on pyritty kehittämään adaptiiviseen suuntaan läntisessä maailmassa. Adaptiivinen johtaminen on alkanut korostua myös digitalisaation myötä terveyspalveluiden johtamisessa. Robotiikka ja digitalisaatio ovat vielä kehittymässä ja kasvussa olevia alueita terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa. Edelleen kehittyessään ne haastavat monia perinteisiä toimintamalleja. Niiden kehityksen varaan lasketaan väestön ikääntymiseen ja huoltosuhteeseen liittyviin haasteisiin vastaaminen sekä erityisosaamisen hyödyntäminen etäyhteyksin ja aiempaa huomattavasti paikasta riippumattomammin.

Digitalisaatio on sekä muutostarvetta synnyttävä ja organisaation muutoskykyä kysyvä tekijä että adaptiivista johtamista mahdollistava erilaisten välineiden ja vuorovaikutuksen kirjo. Muutosta digitalisaatio edellyttää erityisesti siinä, että aika ja paikka eivät ole enää palveluissa keskeisiä. Kehitys on kulkemassa tähän suuntaan. Potilaat ovat alkaneet edellyttää henkilökohtaisempia palveluita sähköisten palveluiden ominaisuuksina ja vuorovaikutteisuutta hoitotiimien kanssa. Digitaaliset järjestelmät ovat mahdollistaneet uudenlaisen osallisuuden; adaptiivinen johtaminen tukee ongelmaan liittyvän oman työosuuden ja muutostyön tekemistä, johon digitaaliset vertaistuki-, tiedonjako- ja omatietojärjestelmät luovat uusia mahdollisuuksia.

Digitaalisten palveluiden laajeneminen terveyspalveluiden alueelle merkitsee kasvavassa määrin myös palveluinnovaatioiden ja innovatiivisuuden tulemista osaksi terveyspalveluita. Kehityksen kärkeä edustavat sellaiset terveyspalveluiden organisaatiot, jotka kannustavat henkilöstöään kehittämään palveluita, tulkitsemaan, hyödyntämään ja jakamaan tietoa sekä oppimaan toisilta. Nämä tekijät ovat adaptiivisen johtamisen piirteitä. Myös tiedon luonne muuttuu; digitalisaatio mahdollistaa massadatan hyödyntämisen ja sellaisten korrelaatioiden tunnistamista tavoilla, jotka eivät olleet aiemmin joko mahdollisia tai yleisiä. Massadata on samalla itsessään suuruutensa hallinnan näkökulmasta epätarkkaa, joten sellaisen tiedon palvelumuotoilu on selkeämmin adaptiivisen johtamisen kuin perinteisen managerismin maaperää.

Toisin sanoen digitalisaatio integroi erilaisia toimintoja ja yksilöitä tiedon muodostuksen ja tulkinnan prosesseihin. Tämä tapahtuu aiempaa nopeammin ja perinteisistä hierarkkisista rakenteista poikkeavin käytännöin. Digitalisaatio vaikuttaa myös potilasosallisuuteen; terveydenhuollon adaptiivisen johtamisen tehtävänä on tunnistaa teknisen ja adaptiivisen haasteen erot ja vastata kummankinlaisiin ongelmiin niiden edellyttämällä ajattelutavalla.

Varsinkin adaptiivisessa johtamisessa toiminta on potilaskeskeistä, joten potilas ei ole palvelun kohde, vaan on osallinen palveluiden suunnittelussa, tuottamisessa ja suunnitelman toteutumisen arvioinnissa. Niin sanotun adaptiivisen työn lähtökohtana on, että potilas tekee oman adaptiivisen työnsä, joka edellyttää sitoutumista elämäntapojen muutokseen. Digitaaliset yhte-

ydenpitokanavat, keskustelu- ja tiedonjakoalustat sekä vertaistuen foorumit ovat osa potilaan adaptiivisen työn tukea. Terveyspalveluiden adaptiivisen johtajan tehtäviin kuuluu antaa potilaiden tehdä oma adaptiivinen työnsä.

Terveydenhuollon haasteena on ollut ratkoa adaptiivisia haasteita teknisten haasteiden keinoin. Adaptiivisten haasteiden ratkaiseminen edellyttää paitsi uutta ajattelua, se edellyttää myös uudenlaista johtamista. Ensimmäisiin adaptiivisen johtamisen tehtäviin kuuluu tunnistaa näiden kahden ongelmien erot; mitkä ovat teknisiä haasteita ja mitkä adaptiivisia haasteita. Tämän jälkeen adaptiivisen johtajan tehtävänä on kehittää ja tukea eli fasilitoida johdettaviaan adaptiivisen haasteen ratkaisussa. Tällainen johtaminen ei ole manageristista, vaan kontekstispesifiä ja valtaistavaa johtamista. Terveyspalveluiden adaptiivisen johtamiseen kuuluvat painotus informaaliin auktoriteettiin, epäsuora ja jaettu johtajuus, joiden tavoitteena on muutoskyvykkyyden, ongelmaratkaisun ja vuorovaikutteisuuden kehittäminen.

Kompleksisuuden kohtaaminen merkitsee johtamisen kannalta ja jo kompleksisuuden käsitteenkin mukaan sitä, että organisaatio etsii ratkaisua, tietoa jonkin asian suhteen. Ratkaisun suhteen vallitsee epävarmuutta ja epätietoisuutta, mitään selkeää näyttöä minkään toimenpiteen ylivertaisuudesta tai toimivuudesta ei ole. Toisaalta organisaation on toimittava, toiminta on samalla sen oppimisen ja vastauksen edellytys. Vastauksen epäselvyys kuitenkin edellyttää vuorovaikutteisuutta, tiedon laajaa käyttöä ja erilaisia näkökulmia ratkaisun etsimisessä. Tilanne ei ratkea tuottamalla polkuriippuvia ratkaisuja, jollaisten tuottamisesta huolimatta tunnistettu ongelma esiintyy. Tiedon jakaminen puolestaan edellyttää kontaktien luomista ja ylläpitämistä. Merkityksen anto tukee tiedon jakamista. Merkityksen anto kytkee työntekijöitä organisaation ulkopuoliseen maailmaan, potilaisiin ja heidän tarpeisiinsa. Tämä mahdollistaa työn mielekkyyden vahvistamista ongelman luonteen ja ratkaisun vaikuttavuuden yhteyden avulla; ongelmaratkaisu ja innovatiivisuus vahvistuvat tämän yhteyden vahvistamisen myötä.

Toisin sanoen johtaminen piirtyy sosiaalisena prosessina. Terveyspalveluiden työn mielekkyyttä edistävien adaptiivisen johtajuuden keskeisiä tunnuspiirteitä ovat:

- johtaminen edistää ja tukee joustoa ja joustavuutta,
- yhteydenpito on avointa ja vuorovaikutteista,
- verkostoitumista ja yhteyksien rakentamista edistetään,
- työn tekemisessä painottuu mahdollistaminen ja uusien ratkaisujen hakeminen,
- tiimi- tai organisaatiorakenteeseen liittyy monimuotoisuus ja joustavuus,
- lopullinen päätöksenteko perustuu monimuotoiseen vuorovaikutukseen, jonka kautta haetaan parasta mahdollista arvonlisää ratkaisumallin tai näkemyksen esittäjän asemasta riippumatta
- erilaisuuden ja erinäkökulmaisuuden arvo tunnustetaan,
- vaihtoehtojen etsimiseen rohkaistaan,
- uudet ideat ja ajattelutavat nähdään lopputuloksen sijasta prosessina,
- epäonnistuminen mahdollistaa oppimista,
- organisaation tiedon kerääminen, jakaminen ja tulkitseminen on laajaa ja avointa sekä
- kuvattuihin tavoitteisiin sovelletaan pelkistettyjä ja yksinkertaisia periaatteita.

Adaptiivisiin haasteisiin ei voi vastata rationaalista päätöksentekoa ajavilla standardiratkaisuilla, sillä ne eivät tuota toivottuja tuloksia. Teknisen ajattelun sijaan painopiste on siirtymässä adaptiivisuutta ajaviin malleihin. Tällaisessa prosessissa erityinen huomio on luovassa vuorovaikutuksessa, jossa erilaisia aineellisia ja aineettomia resursseja yhdistämällä saadaan aikaan parempaa vastaavuutta. Prosessissa keskeisessä asemassa on teknologia; digitaaliset ratkaisut ja alustat. Palveluajattelussa tästä lähestymistavasta käytetään käsitettä kolmas palvelusukupolvi. Kolmannen sukupolven palvelumalleissa johtamisen painotus on asiakaslähtöisyydessä ja holistisessa, koko systeemiä koskevassa lähestymistavassa. Johtamisen tehtäviin määrittyy tällöin jouston mahdollistaminen ja edistää paikallisia ratkaisuja paikallisiin olosuhteisiin ja konteksteihin. (Ks. Laitinen, Harisalo & Stenvall 2013.)

Johtamisen roolimuutoksena tämä merkitsee painopisteen siirtymää johtajan asemasta johtamiseen, jossa korostuu suhde, sosiaalinen prosessi. Toisin

sanoen johtamista kolmannen sukupolven palveluissa ei kuvaa asema vaan suhde, vuorovaikutus. Roolimuutosta ovat kehityspolut uudesta julkisesta johtamisesta (NPM, *new public management*) uuteen julkiseen ihmisten johtamiseen (NPL, *new public leadership*) (Brookes & Grint 2010). Tuossa kehityksessä kietoutuvat yhteen johtamismallin kohdalla ratkaistavien ongelmien luonne ja niihin kuhunkin liittyvä johtamispainotus Grintin tekemin jaotteluin sekä hoitotyön puolella mielekkyyttä tukevat tekijät potilaskeskeisyydestä vuorovaikutukseen ja yhdessä toimimiseen.

Adaptiivisen haasteen kohdalla sen tulkintaa ei voi johtaa kukaan yksittäinen henkilö asemansa perusteella, vaan merkityksen anto ja tulkinta tapahtuu yhteisöllisesti, vuorovaikutteisesti ja tavoitteellisen itseohjautuvasti tietoa hyödyntäen. Tiedon hyödyntämistä ja jakamista sekä tulkinnan prosessia teknologia parhaissa käytännöissä tukee. Ominaista tälle prosessille on pyrkimys tavoitteeseen siten, kuin yhteisö sen hahmottaa omassa vuorovaikutuksessaan ja tulkinnoissaan. Adaptiivista johtajuutta on auttaa johdettavia tunnistamaan haasteen ja ongelman luonne; miten se eroaa teknisestä haasteesta.

Muutoskyvykkyyden kannalta yksilöiden hallintaa ja ohjeistamista tärkeämpää on ryhmien vuorovaikutuksen ja sen laadun ymmärtäminen ja kehittäminen. Vaikka digitalisaatioon liittyen terveydenhuollon organisaatiolle kehitetään korkeatasoinen terveyspalveluiden informaatiojärjestelmä, kehittyminen ja muutoskyky edellyttävät enemmän. Ne edellyttävät johtamiselta itseohjautuvuuden tukemista, oppimista sekä yhteisöllistä jakamista, ymmärryksen luomista ja dynaamisuutta. Muutoskyvykäs organisaatio on työyhteisö, jossa voidaan jatkuvasti oppia: kehittyminen ja uuden merkityksen antaminen vaikeasti hahmottuvalle ja tunnettavalle adaptiiviselle haasteelle on ennemmin prosessi kuin lopputulos.

Terveyspalvelut ovat jatkuvan muutoksen kohteena. Se mikä on toiminut aiemmin, ei ratkaise sitä, miten palveluiden tuottamiseen liittyviä haasteita on mielekkäintä ja tehokkainta ratkaista tulevaisuudessa. Adaptiivisten johtajien tehtäväkenttään kuuluu muutokseen ja innovatiivisuuteen kannustaminen sekä managerismin vähentäminen. Adaptiivinen johtaminen on esimerkkitapausten ja niihin liittyvien tekstien mukaan haastava taito, mutta kompleksi-

set terveydenhuollon haasteet edellyttävät taitojen opettamista ja kehittämistä. Taitojen kehittämiseen kuuluu teknisten haasteiden keinojen rajallisuuden ymmärtäminen. Terveyspalveluiden kehittäminen adaptiivisesti johdetuiksi tapahtuu teknologiaa hyödyntämällä. Terveyspalveluiden adaptiivinen johtaminen on sosio-ekologista terveysjohtamista eli koko institutionaalisista, yhteiskuntapoliittisista, kognitiivisista, ekonomisista, ekologisista ja teknologisista tekijöistä koostuvaa systeemiä koskevaa.

Luvun tärkeimmät viestit johtajille ja esimiehille:

1. Terveyshuolto joutuu kohtaamaan kompleksisuutta ja vaikeasti perinteisin keinoin vastattavissa olevia ongelmia, joita kutsutaan adaptiivisiksi haasteiksi.
2. Terveyshuollon adaptiivisia haasteita ovat esimerkiksi jatkuvasti kasvava elintapoihin liittyvä kroonisesti sairaiden määrä, väestön ikääntyminen sekä tuottavuuteen liittyvät odotukset.
3. Adaptiivisiin haasteisiin vastaaminen edellyttää adaptiivista johtamista. Tyypillisimpiä johtamisvirheitä on ratkoa adaptiivisia haasteita teknisen ajattelun keinoin: adaptiivisiin haasteisiin ei voi vastata rationaalista päätöksentekoa ajavilla standardiratkaisuilla.
4. Adaptiivisen johtamisen tehtäviin kuuluu kehittää johdettavien kykyä tunnistaa, mitkä ovat teknisiä haasteita ja mitkä adaptiivisia haasteita.
5. Terveyspalveluiden adaptiivisen johtajan tehtäviin kuuluu antaa potilaiden tehdä oma adaptiivinen työnsä, joka edellyttää sitoutumista elämäntapojen muutokseen.

Lähteet

Anderson, R. A., Bailey Jr, D. E., Wu, B., Corazzini, K., McConnell, E. S., Thygeson, N. M. & Docherty, S. L. (2015). Adaptive Leadership Framework for Chronic Illness: Framing a Research Agenda for Transforming Care Delivery. ANS. Advances in nursing science, 38(2), 83.

Anderson, R. A. & McDaniel Jr, R. R. (2000). Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. Health care management review, 25(1), 83–92.

Bailey Jr, D. E., Docherty, S. L., Adams, J. A., Carthron, D. L., Corazzini, K., Day, J. R. & Anderson, R. A. (2012). Studying the clinical encounter with the Adaptive Leadership framework. Journal of healthcare leadership, 2012(4).

Begun, J. W. & Thygeson, M. (2015). Managing complex healthcare organizations. Handbook of Healthcare Management, 1–17.

Benington, J. & Turbitt, I. (2007). Adaptive leadership and the policing of Drumcree demonstrations in Northern Ireland. Leadership, 3,(4), 371–395.

Best, A., Saul, J. & Willis, C. (2013). Doing the dance of culture change: complexity, evidence and leadership. Healthcare Papers, 13(1), 64–68.

Brookes, S. & Grint, K. (2010). A new public leadership challenge? In The new public leadership challenge. UK: Palgrave Macmillan, 1–15.

Brown, VA. (2010). Collective Inquiry and Its Wicked Problems. In V.A. Brown, J.A. Harris & J.Y. Russel (Eds). Tackling Wicked Problems – Through The Transdisciplinary Imagination. London: Earthscan, 61–83.

Conklin, J. (2005). Dialogue Mapping – Building Shared Understanding of Wicked Problems. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Cukier, K. & Mayer-Schoenberger, V. (2013). Rise of Big Data: How it's Changing the Way We Think about the World, The. Foreign Aff., 92, 28.

Doumit, G., Gattellari, M., Grimshaw, J. & O'Brien, M. A. (2007). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes (Review).

Fielden, J. (2015). A medical director's perspective on healthcare leadership. Future Hospital Journal, 2(3), 190–193.

Ford, R. (2009). Complex leadership competency in health care: towards framing a theory of practice. Health Services Management Research, 22(3), 101–114.

Graham, T.J. (2016). Innovation the Cleveland Clinic Way – Powering Transformation by Putting Ideas to Work. New York: McGraw Hill Education,.

Grint, K. (2005). Problems, problems, problems: The social construction of 'leadership'. Human relations, 58(11), 1467–1494.

Grint, K. (2008). Wicked Problems and Clumsy Solutions: the Role of Leadership, Clin-ical Leader, Volume I Number II, December 2008, ISSN 1757-3424, BAMM Publications.

Grint, K. (2010). The sacred in leadership: Separation, sacrifice and silence. Organization Studies, 31(1), 89–107.

Harisalo, R. (2008). Organisaatioteoriat. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked Problems Implications for Public Policy and Management. Administration & Society, 47(6), 711–739.

Heifetz, R. A. (1994). Leadership without easy answers (Vol. 465). Harvard University Press.

Heifetz, R. A. & Laurie, D. L. (1997). The work of leadership. Harvard Business Review, 7(1), 124–134.

Heifetz, R., Grashow, A. & Linsky, M. (2009). Leadership in a (permanent) crisis. Harvard Business Review, 87(7/8), 62–69.

Heifetz, R. A., Grashow, A. & Linsky, M. (2009b). The practice of adaptive leadership: Tools and tactics for changing your organization and the world. Harvard Business Press.

Hickman, G.R. (2010). Leading change in multiple contexts: concepts and prac-tices in organizational, community, social, and global change settings. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications.

Hori, M., Ohashi, M. & Suzuki, S. (2006). Citizen-centric approach and healthcare management based on the xml web services. The Electronic Journal of Information Systems Evaluation, 8(3), 179–86.

Laitinen, I., Harisalo, R. & Stenvall, J. (2013). Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana. Kansainvlinen vertailu. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Laitinen, I. & Stenvall, J. (2012). Ihminen ja vuorovaikutus muutoksessa– kompleksisuus ja muutosten hallinta. Teoksessa J. Perttula & A. Syväjärvi (toim.). Johtamisen psykologia: Ihmisten johtaminen muuttuvassa työelämässä. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Lowder, B. T. (2009). Change Management for Survival: Becoming an Adaptive Leader. SSRN Working Paper Series.

Martin, C. M. & Sturmberg, J. P. (2013). Making sense: from complex systems theories, models, and analytics to adapting actions and practices in health and health care. In Handbook of systems and complexity in health. New York: Springer, 797–813.

Mayer-Schönberger, V. & Cukier, K. (2013). Big data: A revolution that will transform how we live, work, and think. Houghton Mifflin Harcourt.

Mobbs, T. (2004). Adaptive leadership in today's Modern Society. Copyright IBM Corp.

OECD (2013). Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

Pasluosta, C. F., Gassner, H., Winkler, J., Klucken, J. & Eskofier, B. M. (2015). An Emerging Era in the Management of Parkinson's Disease: Wearable Technologies and the Internet of Things. IEEE journal of biomedical and health informatics, 19(6), 1873–1881.

Peri, D. (2014). Body area networks and healthcare. In Advances onto the Internet of Things. Springer International Publishing, 301–310.

Rowitz, L. (2013). Public health leadership. Jones & Bartlett Publishers.

Senter, K. Y. & Austin McClelland, S. (2015). Top Ten Workplace Skills for Future Organizations. International Journal of Business Research and Management (IJBRM), Volume (6): Issue (2), 20–32.

Sherron, C. T. (2000). Psychometric development of the adaptive leadership competency profile (Doctoral dissertation, University of North Texas).

Simons, T. & Leroy, H. (2013). Issues in researching leadership in health care organizations. Leading in Health Care Organizations: Improving Safety, Satisfaction and Financial Performance (Advances in Health Care Management, Volume 14) Emerald Group Publishing Limited, 14, 221–234.

Smithson, M. (2010). Ignorance and Uncertainty. In V.A. Brown, J.A. Harris & J.Y. Russel (Eds). Tackling Wicked Problems – Through The Transdisciplinary Imagination. London: Earthscan, London, 84–100.

Susskind, R. & Susskind, D. (2015). The Future of the Professions: How Technology Will Transform the Work of Human Experts. Oxford: OUP Oxford.

Syväjärvi, A., Lehtopuu, H., Perttula, J., Häikiö, M. & Jokela, J. (2012). Inhimillisesti tehokas sairaala – työn mielekkyys henkilöstön kokemana. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Tan, J. (2010). Health Management Information Systems: A Managerial Perspective. In J. Tan & F. C. Payton (2010). Adaptive health management information systems: Concepts, cases, & practical applications. Jones & Bartlett Learning, 3–21.

Thygeson, M., Morrissey, L. & Ulstad, V. (2010). Adaptive leadership and the practice of medicine: a complexity-based approach to reframing the doctor–patient relationship. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16(5), 1009–1015.

Trastek, V. F., Hamilton, N. W. & Niles, E. E. (2014). Leadership models in health care – a case for servant leadership. In Mayo Clinic Proceedings, Vol. 89, No. 3, 374–381). Elsevier.
WHO, World Health Organization (2010). Key components of a well functioning health system.
WHO, World Health Organization (2016). From innovation to implementation – eHealth in the WHO European Region.
Yukl, G. & Mahsud, R. (2010). Why flexible and adaptive leadership is essential. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 62(2), 81.
Øvretveit, J. (2005). Leading improvement. Journal of health organization and management, 19(6), 413–430.

Kirjoittaja: Ilpo Laitinen on Helsingin kaupungin hallinnon yksikönjohtaja ja hallintotieteen, erityisesti arvioinnin ja etiikan dosentti Lapin yliopistossa.

OSA II

TEHOKAS SOSIAALI- JA TERVEYSJOHTAMINEN

Tietoperustaisuus ja tietokulttuuri johtamistyössä

Hanna Vakkala & Miia Palo

Johdanto

Tieto, tiedolla johtaminen ja tietoprosessit ovat keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja työyhteisöjen toimintaa. Ala jo itsessään perustuu tietoon oireista, sairauksista ja hoitokeinoista, ja tutkittu tieto ja kokemustieto yhdistyvät luontevasti perustoiminnassa. Voidaankin kuvata sosiaali- ja terveydenhuollon olevan tietointensiivinen ala. Tieto vanhenee nopeasti ja uutta tietoa luodaan jatkuvasti niin potilastyön kuin johtamisenkin näkökulmasta. Johtamisessa ja päätöksenteossa tarvitaan jatkuvasti tietoa ja laadukkaan, ajantasaisen tiedon hyödyntäminen parantaa organisaation tuloksellisuutta ja lisää valmiuksia joustavaan, uudistuvaan toimintatapaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ominaispiirteet, kuten vahva professionaalisuus, hierarkkinen rakenne ja näihin tekijöihin rakentunut kulttuuri luovat omanlaisensa kontekstin tiedon merkitykselle ja johtamiselle. Tietoa, sen luomista ja käsittelykykyä tarvitaan etenkin jatkuvissa muutoksissa ja suuremmissa rakenteellisissa uudistuksissa.

Tieto on käsitteenä moniulotteinen ja lukuisin eri tavoin luokiteltavissa. Tieto voi olla näkyvää, eksplisiittistä (*explicit*), jota voidaan jakaa esimerkiksi taulukkoina tai numeroina, tai se voi olla hiljaista, piilevää (*tacit*), joka on syvällä ihmisissä ja organisaatioissa ja on vaikea täsmentää (esim. Nonaka & Takeuchi 1995; Kesti 2012). Tieto ei esiinny pelkästään tiedostoina, ohjeina ja listoina, vaan sitä piilee tekemisen tavoissa, käytänteissä, viestinnässä ja

tarinoissa (Lambe 2007). Määritelmässä voidaan erottaa myös proseduaalinen tieto, jota usein kuvataan tietotaidoksi (*know-how*) ja jolloin tietoon liittyy ymmärrys sen tai toivotun päämäärän saavuttamisesta (esim. Becerra-Fernandez & Sabherwal 2015). Tällöin tietoon kytkeytyy myös soveltamisen ja hyödyntämisen osaamista. Tietoa voidaankin tarkastella myös taitoina (*skill*), kokemuksena (*experience*), arvoasetelmina (*value judgments*) tai sosiaalisina verkostoina (*social network*), joista Sveibyn (1997) mukaan koostuu osaaminen. Tiedon määritelmään liittyy näin ollen monia muita käsitteitä, mutta käytännössä tiedon luonne ja merkitys muodostuvat aina tilanteiden, käyttötarkoituksen ja sille annetun arvon mukaan.

Arkikielessä käytämme tiedosta useampia nimityksiä, mutta niiden merkitys ei välttämättä ole aina selvä. Millainen on esimerkiksi informaation ja tiedon ero? Tietoa voidaan jäsentää tasoihin esimerkiksi arvoketju-mallinnuksen (*Value Chain of Information*) avulla. Laajalti käytetty Ackoffin (1989) tiedon hierarkian jäsennys kuvaa tiedon syvenemistä asteittain: datasta informaatioksi (*information*), siitä tiedoksi (*knowledge*), ymmärrykseksi (*understanding*) ja mahdollisesti lopulta viisaudeksi (*wisdom*). Esimerkiksi käytännön potilastyössä voidaan tunnistaa datan kehittyminen informaatiosta tiedoksi toimijoiden kokemuksen ja vuorovaikutuksen välityksellä (esim. Barnard, Napier & Zipperer 2014). Informaatiossa ymmärretään tiedon merkitys ja tieto edellyttää sen suhteuttamista kontekstiin, eli tilanteeseen ja laajempaan kokonaisuuteen. Viisautta puolestaan on, kun tietoa kyetään soveltamaan ja tekemään sen perusteella johtopäätöksiä ja muuttamaan toimintaa sen mukaisesti. Jäsennystä hyödynnetään monissa sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksissa ja yleisemmin organisaatioiden tiedon johtamisen peruslähtökohtana. Tässä luvussa keskitytään etenkin informaation, tiedon ja ymmärryksen tasoihin johtamistoiminnassa ja tietokulttuurissa.

Yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa ongelmana nähdään tiedon ajantasaisuuden ja luotettavuuden puutteet, mikä korostuu johtamistyössä erityisesti toiminnan suunnittelussa ja päätöksiin liittyvissä tilanteissa. Tietoa kuvataan olevan paljon – puhutaan tietotulvasta ja tietoähkystä – mikä liittyy etenkin sähköpostin ja muiden sähköisten kanavien käyttöön tiedon jakamisessa. Tie-

don määrä ei kuitenkaan takaa, että erilaisten tilanteiden kannalta olennainen tieto olisi ajantasaista ja tarkoituksenmukaisessa paikassa. Erilaiset tietojärjestelmät on luotu kokoamaan ja jakamaan tietoa, ja toimiviin tietoprosesseihin tarvitaan kokonaisuuksien hallintaa, johon viitataan tiedon ja tietojärjestelmien kokonaisarkkitehtuurilla. Vaikka tietojärjestelmä olisikin toimiva ja sisältäisi pääosin luotettavaa tietoa, sekään ei kuitenkaan takaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä. Huomio kiinnittyy yksilöihin ja yhteisöihin – sosiaaliseen vuorovaikutukseen – ja johdattaa tarkastelemaan tietoperustaisuutta johtamistyössä.

Tietoperustaisuus (*knowledge-based view*) käsitteenä pohjautuu näkemykseen tiedosta organisaation tärkeimpänä resurssina (esim. Grant 1996). Toiminnan tietoperustaisuus näkyy prosesseissa ja tuloksellisuudessa, mutta perustuu yksilöiden omaksumaan ja jakamaan tietoon, eli tietoperustaisuus rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Sveiby 2001). Tietoperustaisuudella voidaan myös tarkoittaa päätöksenteon pohjana olevaa evidenssiä, joskin se on verrattain kapea näkökulma. Hieman laajemman tulokulman tietoperustaisuuteen tuo näyttöön perustuvan johtamisen käsite (*evicence-based management)*, jossa painotetaan faktatietoon nojautumista ja organisaation toimintalogiikan tuntemusta (esim. Pfeffer & Sutton 2006; Virtanen, Stenvall & Rannisto 2015). Näyttöön perustuvan johtamisen voidaankin karkeasti kuvata painottuvan faktapohjaisen evidenssin hyödyntämiseen, sen käytettävyyteen ja hallintaan. Rytilä (2011, 90) painottaa käsitteiden erottamisessa tietoperustaisuuden kytkeytymistä kokemuksellisuuteen ja johtajan kyvykkyyteen soveltaa hyviä käytäntöjä ja ratkaisumalleja eri tilanteissa. Tietoperustaisuus perustuu evidenssin ohella tietämykseen ja kokemuspohjaiseen tietoon, jolloin tiedon käsite nähdään laajempana (Rytilä 2011). Käytännön johtamistyössä käsitteet voivat kuitenkin sekoittua ja viitata yhtenevästi johtamisen, päätöksenteon ja organisaation kehittämisen tietopohjaan.

Tässä luvussa tärkeänä tietoperustaisuuden lähtökohtana pidetään yksilöiden välistä vuorovaikutusta organisaatioiden työyhteisöissä ja niiden välillä (Virta 2011; Mertala 2011; Kivinen 2008). Näkökulman mukaan tiedon nähdään muodostuvan ja saavan merkityksiä ihmisten välisessä kanssakäymisessä.

Tiedon jakaminen ei tällöin vielä ole tietoperustaisuutta, vaan se alkaa muodostua vastaanottajan ymmärtäessä ja sisäistäessä tiedon (esim. Davenport & Prusak 2000; Sveiby 2001). Näkökulma on konstruktivistinen ja korostaa näin ollen tiedon rakentumista ja jatkuvaa uudelleenmuotoutumista vuorovaikutuksen kautta. Tiedon ja osaamisen johtamisessa keskeisenä elementtinä pidetäänkin organisaatiokulttuuria, joka muodostaa sosiaalisen vuorovaikutuksen kontekstin.

Tietokulttuurin käsite kuvaa tietotoimintaan liittyvää arvoperustaa, sääntöjä ja toimintatapoja (esim. Choo 2006; March 1991), ja liittyy näin ollen osaksi organisaatiokulttuuria. Tietokulttuurissa tarkastellaan muun muassa vuorovaikutteisuutta, avoimuutta ja virheitä sallivaa asenneilmastoa tietotoiminnassa. Tietotoiminnalla tarkoitetaan puolestaan tietoon liittyvää vaihdantaa, vuorovaikutusta, keräämistä, louhintaa ja tiedon luomista, eli liikettä ja tekemistä tiedon ympärillä. Tästä näkökulmasta johtaminen on mitä suurimmassa määrin tietotoimintaa, ja se on läsnä myös jokaisen työntekijän arjessa.

Tässä luvussa tarkastellaan tietoperustaisuuden ja tietokulttuurin ulottuvuuksia sosiaali- ja terveydenhuollon johtamistyössä. Tavoitteena on ensinnäkin pohtia, millaista on tietoperustaisuus johtamisen näkökulmasta ja millaisin keinoin sitä voidaan kehittää. Toiseksi tarkastellaan, kuinka tietokulttuuri rakentuu sosiaali- ja terveydenhuollossa, millaisia painotuksia tietotoiminta tuo johtamiseen ja kuinka tietokulttuuria voidaan kehittää. Luvun tavoitteena on tuoda esiin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tietotoimintaan liittyviä ongelmakohtia ja pullonkauloja, sekä tutkimuksista nousevia kehittämisen edellytyksiä ajankohtaiseen uudistuskeskusteluun peilaten.

Tutkimuskenttänä tietoon ja tiedolla johtamiseen liittyy valtava määrä erilaisia käsitteitä, mallinnuksia ja tutkimuksia. Tässä yhteydessä lähdetään liikkeelle niistä keskeisistä tietoperustaisuuden elementeistä, joiden on tutkimusten mukaan osoitettu liittyvän juuri suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin, johtamiseen ja tietokulttuureihin. Kyseessä ei näin ollen ole kattava kuvaus tiedolla johtamisen tai tietokulttuurin teorioista, eikä myöskään tietoperustaisuudesta toiminnan tuloksellisuuden kehittämisessä.

Sen sijaan lukuun on koottu – tutkimusaineistoihin perustuen – valikoituja näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisöihin kytkettävästä johtamiskeskustelusta.

Teoreettisen keskustelun konkretisoimiseksi esitetään tutkimustuloksia Lapin yliopistossa toteutetusta, Inhimillisesti tehokas johtaminen -hankkeesta. Vuonna 2013 käynnistyneessä, Työsuojelurahaston rahoittamassa hankkeessa toteutettiin kysely, ryhmähaastatteluja ja yksilöhaastatteluja, joista tässä yhteydessä hyödynnetään kahden ensiksi mainitun tuloksia. Kysely toteutettiin keväällä 2015 ja siihen vastasi Lapin sairaanhoitopiiristä 95 ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä 128 esimiestä ja ylempää johtajaa. Kysely sisälsi väittämiä sekä avoimia kysymyksiä tiedon kanssa toimimisesta, tietoperustaisuudesta ja tietokulttuurista. Tässä luvussa käytetään esimiesten avoimia vastauksia kuvaamaan tiedon jakamiseen ja tietokulttuuriin liittyviä yleispiirteitä ja ongelmakohtia.

Keskustelua täydentävät muutamat keskeiset huomiot Lapin sairaanhoitopiirissä toteutetuista esimiesten ryhmähaastatteluista. Ryhmähaastatteluja toteutettiin viidessä ryhmässä neljänä ajankohtana, eli haastattelujen määrä on yhteensä 20. Haastatteluihin osallistui jokaisella kerralla 60–80 esimiestä ja ryhmät pysyivät pitkälti samoina toteutusvuosien 2014 ja 2015 ajan.

Luku jakaantuu kahteen päälukuun ja johtopäätöksiin. Aluksi määritellään tietoperustaisuutta ja keskustellaan sen roolista ja merkityksestä sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa. Keskeisessä roolissa on vuorovaikutteinen toiminta sekä yksilöiden että yhteisöjen näkökulmasta. Johtamisen kriittisiä pisteitä tiedon näkökulmasta lähestytään muun muassa tiedon saatavuuden, liikkumisen ja tietoprosessien toimivuuden pohjalta. Toisessa pääluvussa käsitellään tietokulttuuria sosiaali- ja terveydenhuollossa, jäsentäen sen piirteitä, rakentumista ja kehittämisen suuntaviivoja. Tämän jälkeen tarkastellaan tietoperustaisuutta ja tietokulttuuria sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiskontekstiin kytkettynä. Tässä yhteydessä pohditaan, millaisella tietokulttuurilla kriittiset tietoon liittyvät tekijät voidaan kytkeä toimivaksi, uudistumista tukevaksi kokonaisuudeksi. Lopuksi keskeiset huomiot kootaan pohdintaan.

Tietoperustaisuus vuorovaikutteisena toimintana

Tietoperustaisuuden merkitys ja luonne sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa näyttöön perustuva päätöksenteko ja johtaminen ovat vahvoja elementtejä toiminnan perinteiseen arvoperustaan pohjautuen. Tietoperustaisuus laajentaa tiedon käsitettä ja ottaa näytön lisäksi mukaan yksilön kokemuksen ja tiedon soveltamisen kyvykkyyden. Tietoperustaisuuden vuorovaikutteinen näkökulma (esim. Virta 2011; Mertala 2011; Sveiby 2001) korostaa yksilöiden välistä tiedonvaihtoa sekä yksilöllistä ja yhteisöllistä merkityksenantoa. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa vaihdettavasta ja keskusteltavasta tiedosta muodostuu luonteva osa toimintaa ja arkea, ja alan työ onkin luonteeltaan tiedon etsimistä, luomista ja vaihdantaa.

Tietoperustaisuus painottaa tiedon jatkuvasti muuttuvaa luonnetta, eli tieto päivittyy, täsmentyy ja muuntuu koko ajan. Tällöin on tärkeää, että tietolähteet pysyvät muuntumisessa mukana, ja että toiminnan perusrakenteet mahdollistavat tiedon joustavan liikkumisen. Tietoperustaisuudessa ajatellaan, että vuorovaikutuksen ja kokemustensa kautta yksilöt muodostuvat osaksi henkilöstöön liittyvää tiedon arkkitehtuuria, jossa yhdistyvät tiedon luominen, päätöksenteko, tiedon merkityksellistäminen ja toiminnallisuus (Syväjärvi, Vakkala & Stenvall 2013). Tästä näkökulmasta tiedon vuorovaikutuksellinen luonne – ja vaatimus – painottuu etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa, joita voidaan pitää rakenteisiin, hierarkkisuuteen ja erityisaloihin perustuvina, ja samalla kompleksisina systeemeinä (esim. Kivinen 2008). Tietoperustaisuuden keskiöön nousee näin ollen henkilöstö ja johtamistyö vuorovaikutteisessa työyhteisössä.

Keskeinen tietoperustaisuuden elementti on merkityksenanto, joka muuttaa informaation tiedoksi. Yksilön kokemus ja kyky yhdistää informaatiota tilannetekijöihin luovat informaatiolle merkityksen ja muovaavat sen tiedoksi (Weick 1995; Ackoff 1989; Davenport & Prusak 2000). Terveydenhuollossa Mertala (2011, 126) korostaa merkitysten syntyvän ”ammattilaisten ja asian-

tuntijoiden inhimillisessä toiminnassa ja heidän tekemissään arvovalinnoissa”. Tieto ei siis siirry sellaisinaan päätöksiksi tai osaksi toimintaa, vaan muodostuu merkityksiksi sosiaalisessa toiminnassa, vaikka se vaikuttaisi passiiviseltakin. Mertala (emt.) tuokin esiin, että myös tekemättömyys tai ilmaisun puuttuminen, kuten puhumattomuus tai välinpitämättömyys vaikuttavat merkityksenantoon. Vaikutuksensa on luonnollisesti myös ristiriitaisilla näkemyksillä, jolloin yksilöt suhteuttavat informaatiota omiin aikaisempiin kokemuksiinsa, arvoperustaansa ja muiden näkemysten perusteluihin. Merkityksenantoon vaikuttavat näin ollen monet yksilölliset ja sosiaaliset tekijät.

Tiedon vuorovaikutteisessa luonteessa korostuu näin ollen informaation vastaanottajan rooli merkityksenannossa ja tiedon sisäistämisessä (Davenport & Prusak 2000). Informaatio voi siis olla yksisuuntaista tiedottamista, mutta tiedon muodostumiseen tarvitaan vuorovaikutteisuutta. Keskiöön nousee yksilön rooli ja innostus tietotoimijana: onko hän aktiivinen tiedon etsijä, tuottaja ja välittäjä, vai pikemminkin tietoa odottava ja passiivinen työyhteisön jäsen? Tästä näkökulmasta huomio suuntautuu henkilökohtaisten ominaisuuksien ohella työyhteisötaitoihin. Yksilön kiinnostus ja sitoutuneisuus työn ja työyhteisön toiminnan kehittämiseen luonnollisesti vaihtelee, ja voi muuttua myös elämäntilanteiden mukaan. Tietotoimintaan liittyen esimiehillä on odotuksia ja toiveita, kuinka aktiivisia työntekijät ovat tietoa ja toiminnan kehittämistä kohtaan. Aktiivinen ote tietoon – etenkin tietointensiivisillä aloilla – onkin vuorovaikutteisen työyhteisön toimivuuden kannalta varsin olennaista.

Entä jos työntekijä sulkeutuu tai päättää keskittyä vain oman työtehtävänsä hoitamiseen? Näin voi tapahtua esimerkiksi muutostilanteissa, työyhteisön heikon ilmapiirin vuoksi tai johtamisessa koettujen puutteiden takia. Jos esimerkiksi tuleva muutos ahdistaa, saattaa työntekijä päättää keskittyä tekemään oman työnsä mahdollisimman hyvin, mikä hänen oman suoriutumisensa kannalta saattaa sinänsä olla jopa ihanteellista. Tietointensiivisen organisaation toiminnan kannalta sulkeutuminen tuottaa kuitenkin herkästi ongelmia. Yksilöiden keskittyessä liian tiukasti oman tehtävänsä hoitamiseen jäävät esimerkiksi informaatiokatkokset ja päällekkäisyydet huomioimatta

(Mertala 2011), ja tietoperustaisuudelle olennainen vuorovaikutuksen edellytys täyttymättä. Vastaavaan ongelmavyyhtiin joudutaan, mikäli työyhteisön jäsenille ei ole kiinnostusta tiedon luomiseen tai riittävää osaamista toimia tiedon kanssa. Tällaisia tilanteita voidaan kuvata romahtaneena tietotoimijuutena, mikä näkyy käytännössä tiedon hajanaisuutena, katkeamisena ja tiedon liikkumisen ongelmina. Hieman valoisampaa tietotoimijuutta on rajoittautuminen jakamaan tietoa vain ammattiryhmän tai työyksikön sisällä, joskin tämäkin on tietointensiivisten organisaatioiden kannalta edelleen ongelmallista (Hislop 2003).

Kokonaisuutena voidaan todeta tietoperustaisuuden olevan samanaikaisesti sekä yksilöllistä että yhteisöllistä. Tietoperustaisuus rakentuu yhdessä tekemisessä – ja tekemättömyydessä. Tietoperustaisuuden edistämisen lähtökohtana voidaan näin ollen pitää vuorovaikutteisuutta ja toimintaa, tiedon aktiivista luomista, jakamista ja yhteistä merkityksellistämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat perustehtävänsä vuoksi vahvasti luonteeltaan tieto- ja osaamisintensiivisiä. Näyttöön perustuva toiminta ja johtaminen sekä koulutukseen ja kokemukseen pohjautuva osaamisperusta ovat olennainen osa toimintakulttuuria. Tälle perustalle tietoon ja tietoperustaiseen johtamiseen liittyvät osa-alueet asettuvat luontevasti, mutta luovat myös erityisiä vaatimuksia tiedon jakamiseen ja luomiseen liittyen.

Tiedon kriittiset ominaisuudet ja jakaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tietoperustaisuutta kuvaavissa keskeisissä onnistumisen edellytyksissä on nähtävissä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin painottuvia tekijöitä. Tiedon luomiseen, käsittelyyn ja välittämiseen vaikuttavat niin poliittiset, kulttuuriset kuin sosiaalisetkin tekijät (esim. Currie & White 2012). Kriittiset osa-alueet tietoperustaisen organisaation näkökulmasta voidaan karkeasti ottaen jaotella tiedon luonteeseen ja tietoprosesseihin, eli tiedon liikkumiseen ja jakamiseen. Lisäksi tiedon luominen etenkin sosiaalisen vuorovaikutuksen pohjalta on keskeinen tietoperustaisuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa (Mertala 2011).

Mitkä tiedon ominaisuudet ovat erityisen tärkeitä sosiaali- ja terveydenhuollossa? Inhimillisesti tehokas johtaminen -hankkeen yhteydessä toteutetuissa esimiesten ryhmähaastatteluissa korostuivat keskeisinä tietoon ja tiedon luonteeseen liittyvinä kriittisinä tekijöinä saavutettavuus ja ajantasaisuus. Tietoa tulvii eri puolilta, mutta vaihtuvissa – ja usein kiireisissä – tilanteissa tarvittavaa tietoa saattaa joutua etsimään eri lähteistä, ja oikean tiedon tai ohjeen löytyminen voi olla haastavaa. Tietoa on siis saatavilla, mutta ei aina toimivimmalla tavalla saavutettavissa. Ajantasaisuuden ongelma liittyy tiedon jatkuvasti muuttuvaan luonteeseen, mutta myös tietojärjestelmien toimivuuteen ja joustavuuteen tiedon päivittämisen suhteen. Eroihin piilevän ja näkyvän, konkreettisen ja kokemustiedon välillä kiinnitettiin sen sijaan huomattavasti vähemmän huomiota: jaettava tieto on valtaosin näkyvää ja konkretisoitua, eli esimerkiksi mittareiden tuottamaa numerotietoa, jolloin niiden puutteita ja ajantasaisuutta on helppo kritisoida. Tieto-käsitteellä viitattiinkin usein myös informaatioon ja jopa dataan. Johtamisen kannalta vähintään yhtä merkitykselliset kokemustieto ja hiljainen tieto eivät ole näkyvästi esillä, jolloin niiden puutteita tai esimerkiksi heikkoa hyödyntämistä yhteisötasolla ei välttämättä nähdä kovin herkästi.

Ideaaleina tietoperustaisen organisaation piirteinä haastatteluissa korostettiin kykyä tuottaa ja jakaa tietoa luotettavasti. Tarvittavan tiedon tulisi olla nopeasti saatavilla ja vastaanottajan tulisi voida luottaa, että se on ajantasaista ja merkitykseltään oleellista. Tiedon luotettavuuden vaatimus koskee johtamistyön näkökulmasta etenkin päätöksentekoa ja toiminnan suunnittelua: tiedon ajantasaisuudesta esimerkiksi yksikön talouden osalta tulisi voida olla varma. Samat kriittiset tiedon luonteeseen liittyvät kriteerit koskevat asiakastyötä ja yksiköiden perustehtävää (Mertala 2011), ja liittyvät näin ollen sosiaali- ja terveydenhuollon arvoihin ja etiikkaan. Vastaavia tutkimustuloksia esittää Kivinen (2008), todeten erityisesti hiljaisen tiedon ja osaamisen näkyväksi tekevien ratkaisujen hyödyntämättömyyden sote-organisaatioissa.

Tiedon jakamisen ja toimivien tietoprosessien merkitystä korostetaan sekä tiedolla johtamisen että sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksissa. Hank-

keemme kyselyssä[1] tiedon jakamista edistävien keinojen kuvattiin painottuvan sähköpostiin ja sähköisiin tietojärjestelmiin, sekä toisaalta perinteisiin kokouksiin ja avoimeen viestintään. Tärkeänä pidetään myös, että tiedon jakamiseen on yhteisesti sovitut pelisäännöt ja ohjeet. Kuvattuja keinoja voidaan pitää varsin tyypillisinä ja jo perinteikkäiksi muodostuneina, mutta toisaalta nämä keinot osoittavat ettei tiedon jakamisen edistäminen välttämättä tarvitse kovin monimutkaisia "poppakonsteja", vaikka esimerkiksi sosiaalisen vuorovaikutuksen mobiilialustoja esitetäänkin uusina ratkaisuina (vrt. Becerra-Fernandez & Sabherwal 2015). Toisaalta keskittyminen sähköiseen tiedon jakamiseen aiheuttaa tiedon määrällistä kasvua, päällekkäisyyttä ja riskiä olennaisen tiedon hukkumisesta. Ongelma ei kuitenkaan ole uusi, joten on kysyttävä: minkä takia tiedon jakamisessa on edelleen ongelmia jos kehittämisen keinot on tiedostettu pitkään? Kiinnostavaa onkin vuorovaikutteisuuden puuttuminen esimiesten kuvaamista tiedon jakamista edistävistä keinoista, joissa painottuu rakenteisiin ja virallisiin kanaviin perustuva jakaminen.

Hankkeemme kyselyaineistossa tiedon jakamista estäviä tekijöitä nousi esiin monia. Osa niistä liittyi työn luonteeseen (kiire, poissaolot), osa puolestaan yksilöllisiin tekijöihin (tiedon panttaaminen, motivaatio-ongelmat). Monet estävät tekijät kytkeytyivät kuitenkin organisaatiotason ongelmiin: johdon tietojärjestelmän heikkouteen, tiedon hukkumiseen ja luotettavuuden ongelmiin, sekä toisaalta sähköpostin tietotulvaan ja tiedon päällekkäisyyteen. Ongelmina mainittiin myös hankaluus tunnistaa tiedon tarpeet ja oikeat kohderyhmät, sekä epäselvyydet tiedon jakamisen työnjaosta. On loogista, että tietointensiivisessä organisaatiossa mieluummin halutaan varmistaa tiedon saanti, eli sitä jaetaan ahkerasti eri kanavia käyttäen, kuin otetaan riski tiedonjaon katkeamisesta. Tiedon varmistamisen tavoite on hyvää tietokulttuuria sinänsä, mutta käytännössä se synnyttää tietotulvaa eri lähteistä tulevista, samaa asiaa koskevista viesteistä.

Kokonaisuutena aineistomme osoittaa, että tiedon valtava määrä ja sähköisten jakamiskanavien käyttäminen kuluttavat sosiaali- ja terveydenhuollon

---

1 Kyselyaineisto LSHP:n ja PPSHP:n esimiehiltä, avoimet kysymykset, toteutettu keväällä 2015.

esimiesten ja työntekijöiden resursseja: tiedon järjestämiseen ja priorisointiin kuluu aikaa, ja olennaista tietoa saattaa tulvan keskellä jäädä huomiotta. Huomiot koskevat etenkin näkyvää, jaettua ja konkretisoitua tietoa. Piilevä, kokemuspohjainen hiljainen tieto koetaan tärkeäksi johtamistyössä, mutta sen hyödyntäminen ja näkyväksi tuominen (esim. Kesti 2012) kuvataan haastavaksi muun muassa terveydenhuollon perinteisen tietokulttuurin ja vahvan asemaan perustuvan hierarkian vuoksi.

Tiedon jakamiseen liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa monia rooleja, jotka liittyvät yksilön asemaan, tehtävänkuvaan ja sosiaaliseen rooliin yhteisössä. Esimerkiksi johtavalla lääkärillä, hoitajalla tai potilaalla on kullakin roolinsa tiedon jakamisen prosesseissa, mutta erilaisin painotuksin. Professiot ja erityisesti niiden välinen vuoropuhelu luovatkin erityisiä haasteita, sillä ammattiryhmien edustajilla on taipumus välittää tietoa luontevimmin omassa ryhmässään (esim. Currie & White 2012; Tasselli 2014). Tiedon jakamista oman ryhmän sisällä edistävät paitsi kokouskäytännöt, myös epäviralliset kulttuuriset toimintatavat, kuten lääkärien ja hoitajien omat kahvihuoneet tai taukoajat. Alalla vaikuttaakin vahva professionaalisuus ja ammattiryhmien perinteinen asema hierarkkisessa organisaatiorakenteessa, mutta myös perinteinen, virheitä sallimaton kulttuuri (Kivinen 2008; Kim, Newby-Bennett & Song 2012). Tiedonkulun avaamista on viime vuosina tehty erilaisin toimenpitein: muun muassa moniammatillisuuden lisääminen on yksi laajalti käytetty keino, jolla pyritään myös asiakkaan ja potilaan kannalta toimivimpaan lopputulokseen. Kulttuuriset tekijät ovat kuitenkin syvällä toimijoiden käyttäytymisessä, ja vahvalla organisaatiokulttuurilla on taipumus korjata poikkeamia, eli vahvistaa itseään entisestään. Käytännössä tämä voi näkyä esimerkiksi totutusta poikkeavalla tavalla toimivan tai käyttäytyvän johtajan ”palauttamisella ruotuun” kollegoidensa toimesta. March (1991) kuvaa tällaisen joustamattoman, oppimista hiljentävän ja samaan muottiin painostavan kulttuurin kehittyvän lopulta itsetuhoiseksi.

Kehitettäessä tietoprosessien kulkua tulisi professioihin ja asemaan liittyvien roolien näkökulmat ja vaihtelevat tietoperustaisuuden painotukset ottaa lähtökohdaksi, sillä ne voivat kertoa esteistä ja katkoksista tiedon liikkumises-

sa (esim. Zipperer 2014). Vastaavaan tulokseen on päätynyt Mertala (2011, 221) todetessaan ”yhdessä tietämisessä” olevan ongelmia etenkin informaatiokatkoksina, päällekkäisinä tehtävinä ja vastuiden epäselkeytenä. Informaatiokatkoksissa tietoprosessista puuttuu toimija tai tieto pysähtyy matkallaan, mikä esimerkiksi potilastyön kannalta voi johtaa pitkittyneisiin oireisiin tai ongelman laajenemiseen. On myös tyypillistä, että kiireisessä arjessa samaa asiaa tai tehtävää käsittelee useampi toimija toisistaan tietämättä. Toisaalta saatetaan joutua varmistelemaan useammaltakin suunnalta, kuka jotain perustehtävistä poikkeavaa asiaa hoitaa, onko se kunnossa ja mitä toimenpiteitä jatko edellyttää. Tällaiset epävarmuustekijät ja tietoprosessien ongelmat vievät aikaa muilta tehtäviltä ja luovat monimutkaisuutta työyhteisön arkeen.

Johtajan roolia pidetään poikkeuksetta olennaisena tiedon jakamiseen kannustavan ja sitä mahdollistavan ilmapiirin luomisessa. Tietojärjestelmät tarjoavat tiedon saatavuuden keinoja, mutta sosiaalisen vuorovaikutuksen mahdollistajina ne ovat organisaatio- ja työyhteisötasoilla – ainakin toistaiseksi – varsin alkeellisia. Johtajan rooli korostuu paitsi tiedon jakamisen konkretisoinnissa ja arkipäiväistämisessä, myös ilmapiirin kehittämisessä kohti luottamusta herättävää, keskustelevaa työyhteisöä, jossa myös virheistä ja epäonnistumisista uskalletaan kertoa (Kim ym. 2012). Tehtävä vaikuttaa yksinkertaiselta, mutta käytännössä myös kokenut ja osaava johtaja tarvitsee ”vuorovaikutteiseen ilmapiirityöhön” tukea työyhteisöltään. On mahdollista, että ilmapiiri on niin konfliktiherkkä ja työntekijöiden sitoutuneisuus vähissä, ettei työyhteisön sisäistä toimivuutta ole mahdollista saada kuntoon ilman henkilövaihdoksia. Virheitä salliva ilmapiiri edellyttää vahvaa luottamusta, ja siihen tarvitaan toimivia henkilösuhteita ja kyvykkyyttä katsoa yhteiseen etuun henkilökohtaisten tiedon intressien sijaan.

Tiedon jakaminen ei välttämättä ole ihmiselle ”automaattista” toimintaa, vaan siihen liittyy usein harkintaa ja päätöksentekoakin. Esimerkiksi Cyr ja Choo (2010; myös Ståhle & Grönroos 2000; Sveiby 2001) kuvaavat yksilön puntaroivan tiedon jakamiseen liittyviä etuja ja kustannuksia eri näkökulmista, ja pohtivan tiedon sosiaalista arvoa ennen sen välittämistä eteenpäin. Tässä pohdinnassa merkitykselliseksi voi nousta, salliiko työyhteisö hanka-

lista asioista puhumisen, vai johtaako ongelmien esilletuonti esimerkiksi leimautumiseen tai sosiaalisen aseman hankaloitumiseen. Esimerkiksi resursseja hukkaava toiminta voi liittyä työntekijöiden vuorovaikutussuhteisiin, jolloin ongelmien esille tuomisen kynnys voi nousta suureksi. Olennaiseksi tekijäksi nousee näin ollen luottamus työyhteisöön ja sen jäseniin. Sujuvien tietoprosessien, eli mahdollisimman luontevasti ja aukottomasti liikkuvan tiedon näkökulmasta keskeistä on, että työyhteisö ja toimintakulttuuri kannustavat tiedon jakamiseen ja osaavat ottaa kehittämisen kannalta tärkeää negatiivistakin tietoa vastaan. Johtamisen haasteena on usein entropia, jolloin esillä on paljon tietoa ja toimintaa yhteisön tuottamana, mutta jota ei voida hyödyntää (esim. Pietiläinen 2010). Onkin tärkeää, että sosiaali- ja terveydenhuollon johtamistyössä toiminnan eri tasoilla tiedon jakamista suunnitellaan ja tietoa muokataan.

Ongelmana voi myös olla edellä kuvatun kaltainen romahtanut tietotoimijuus, jolloin yksilöt toimivat mieluummin itsenäisesti ja omaan työhön keskittyen, minkä vuoksi vuorovaikutteisuutta edellyttävä tietoperustaisuus jää toteutumatta. Kommunikaatiosta voi muodostua epäsäännöllistä, jolloin keskinäinen tiedonkulku takkuilee. Datasta muodostuu informaatiota ja tietoa yksilötasolla, mutta se ei pääse rakentumaan yhteisölliseksi, eikä hyödytä näin ollen muita toimijoita. Tällaisessa tilanteessa tietoperustaisuus ei ole sisällä työyhteisön ja/tai organisaation kulttuurissa, vaan se saattaa olla lähinnä rakenteisiin ja virallisiin yksikkörajoihin ja toimintatavoitteisiin upotettua (esim. Prusak 1997; Syväjärvi, Vakkala & Stenvall 2013). Rakenteisiin "virallistetun" tietotoiminnan ongelmana on, että ne eivät ole dynaamisesti muuttuvia eivätkä toimintatavoiltaan joustavia, vaan jäykkiä ja hierarkkisia. Tämä on myös organisaation kokonaisuuden kannalta riski, sillä jatkuvissa muutoksissa, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissakin yhä enemmän eletään, rakenteisiin perustuva tietotoiminta ei ehdi muutosten mukaan eikä muutu vuorovaikutuksessa, vaan vaatii aina tietoista toimintatapojen muutosta johtamisessa. Tämä voi olla riski myös toisinpäin: tiedon liikkumisen rakenteet saattavat murtua äkillisissä, tai pitkään jatkuneissa rasittavissa tietopaineissa (Syväjärvi ym. 2013).

Monimutkaisessa ja arjen kiireiden värittämässä tietotoimijuudessa voivat toimijoiden väliset suhteet muodostua myös liian tiukoiksi ja toisistaan riippuvaisiksi. Liian kietoutuneet toimijasiteet voivat muodostua tiedon hyödyntämisen haasteeksi, koska tällöin tietotoimijoilta voi puuttua omaehtoista aktiivisuutta tai tiedonvaihto on keskittynyt vain tiettyyn ryhmään. Lisäksi ryhmä voi olla liian riippuvainen tietoverkostolle keskeisestä toimijasta, jonka asema voi perustua johtajatehtävään, asiantuntijuuteen tai esimerkiksi projektin vetämiseen. Jos ylikorostuneen tiedon jakajan rooli perustuu organisatoriseen asemaan, voi hän sinällään selkeyttää tiedon liikkumista ja estää päällekkäisyyttä, mutta käytännössä osoittautua myös hyödyttömäksi esimerkiksi ammattiryhmien ja epävirallisten verkostojen tietotoiminnan vuoksi (Tasselli 2014). Jos tietovirrat keskittyvät kuitenkin monista eri syistä yhteen keskeiseen toimijaan, ei tietoketju ole tasapainoinen, ja romahdusalttius on kasvanut liiasta tietovirtojen keskittymisestä. Tämä riski voi aiheutua myöskin liian tiukasta rakenteisiin perustuvasta tietotoiminnasta.



Kuvio 1. Vuorovaikutteisen tietoperustaisuuden keskeiset osa-alueet sosiaali- ja terveydenhuollon johtamistyössä

Kokonaisuutena katsoen on aineiston perusteella nimettävissä viisi vaikutusvaltaista osa-aluetta, jotka voivat joko tukea tai hankaloittaa vuorovaikutteista tietoperustaisuutta johtamistyössä (Kuvio 1). Näiden osa-alueiden toimivuutta, luotettavuutta ja niihin liittyvää ongelmanratkaisukykyä pidetään tärkeinä, ja ne ovat selkeästi kytköksissä myös toisiinsa. Näin ollen yhden osa-alueen puutteet vaikuttavat muihin: esimerkiksi tiedon luotettavuuden puutteet nakertavat pohjaa tiedon jakamiselta ja arvoperustaisuudelta, tai romahtanut tietotoimijuus syö tietokulttuurin dynaamisuutta ja eheyttä. Vastaavasti voidaan esimerkiksi tietokulttuurin avoimuuden parantamisella vaikuttaa positiivisesti myös muiden osa-alueiden toimivuuteen.

Kokoavasti voidaan todeta, että tietoperustaisuus on tieto- ja osaamisintensiivisissä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa luontevaa, mutta vuorovaikutuksen edellytyksen vuoksi ei kuitenkaan toteudu aina tarkoituksenmukaisella tavalla. Tietoperustaisuus kytkeytyy moniin tietoon liittyviin toimintoihin, ja niistä onkin löydettävissä konkreettisia kehittämisen keinoja vastaamaan muuttuviin tarpeisiin. Olennaista on kehittää sellaista tietoperustaisuutta ja tietotoimintaa, joka kannustaa tiedon luomiseen ja jakamiseen, ja joka kykenee vastaamaan joustavasti muutoksiin niin toimintaympäristössä kuin organisaatiossakin.

Tietokulttuurin ulottuvuuksia ja kehittämisen keinoja

Tietokulttuurin rakentuminen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa

Tietokulttuuria voidaan kuvata tietoon ja tietotoimintaan liittyvinä arvoina, normeina ja toimintatapoina työyhteisössä. Tietotoiminnalla tarkoitetaan puolestaan tietoon liittyvää vaihdantaa, vuorovaikutusta, keräämistä, louhintaa ja tiedon luomista. Tietokulttuuri rakentuu tavoista luoda, käsitellä ja hallita tietoa, sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Näin ollen tietokulttuuri kytkeytyy osaksi organisaatiokulttuuria ja vaikka käsitteillä onkin painotuseroja, käytännön organisaatiotoiminnassa niitä ei ole tarpeen erityisesti erottaa toi-

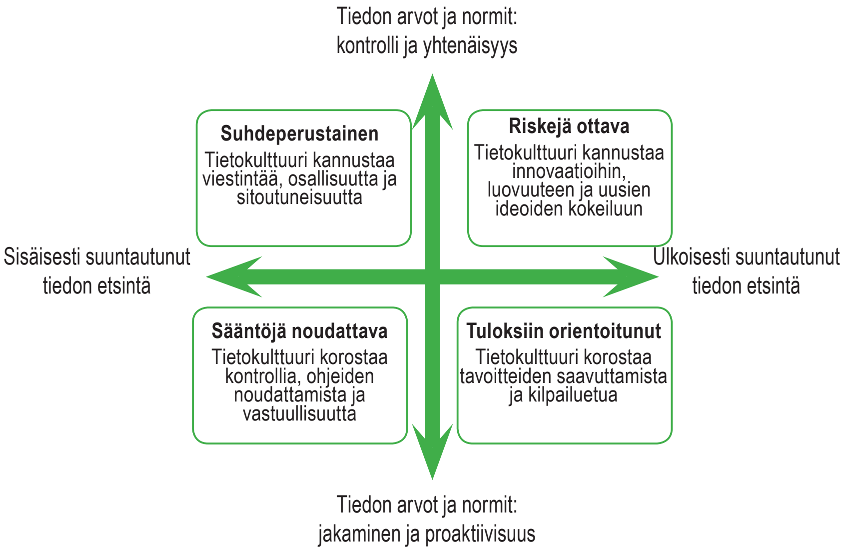
sistaan. Molemmilla viitataan organisaatiossa ja sen työyhteisöissä oleviin arvoihin, normeihin ja toimintamalleihin.

Tietokulttuuriin kytkeytyy tietopääoman käsite, jolla tarkoitetaan yhteisöllä olevaa tietoresurssia, mutta myös sen kyvykkyyttä luoda tietoa ja uudistua (Rytilä 2011, 153). Tietopääoma muuttuu ja kehittyy jatkuvasti, ja keskeistä on kyvykkyys tiedon konvertointiin, eli muokkaamiseen ja muuntamiseen käyttötarkoitukseensa sopivaksi. Tietopääomassa on näin ollen aina kyse myös yksilöiden osaamisesta, viestinnästä ja vuorovaikutussuhteista. Huomio kohdistuu näin ollen aineettomaan ja inhimilliseen pääomaan, jotka sellaisenaan ovat hankalasti mitattavissa ja konkretisoitavissa, mutta toimivassa, vuorovaikutteisessa tietoprosessissa on mahdollista muuntaa näyttöön perustuvaksi tiedoksi ja jopa strategiseksi tiedoksi. (Rytilä 2011.)

Tietoperustaisuudessa keskeistä on vuorovaikutteisuus, ja se nähdään lähtökohtana myös toimivalle tietokulttuurille. Choo (2006) kuvaa tietokulttuuria sosiaalisesti rakentuneina ja jaettuina käyttäytymisenä ja arvoina, jotka määrittävät tiedon ja sen hyödyntämisen tapoja. Tiedon merkityksen, toimijoiden käyttäytymisen ja toimintatapojen arvoperustan pohjalta voidaan jäsentää tietokulttuurien ominaisuuksia. Tietokulttuurien neljä päätyyppiä (Kuvio 2) ovat tiedon arvot ja normit, tietotoiminta suhteessa tietotarpeisiin, tiedon etsintä ja tiedon käyttäminen (Choo 2013).

Tuloskeskeisessä tietokulttuurissa tietojohtamisen keskeinen päämäärä on mahdollistaa kilpailuasema ja menestys markkinoilla. Tiedon arvot korostavat kontrollia ja yhtenäisyyttä, ja tietoa etsitään erityisesti ulkopuolelta (asiakkaat, kilpailijat, markkinat). Sääntöjä noudattavassa tietokulttuurissa keskitytään puolestaan enemmän sisäisiin toimintoihin, vahvistetaan sääntöjä ja toimintatapoja. Täsmällisellä tiedolla pyritään prosessien standardointiin ja tehokkuuden lisäämiseen, ja tärkeimpinä tietolähteinä pidetään toimintaohjeita, prosessien tuottamaa tietoa ja esimerkiksi teknisten tai lakiasiantuntijoiden neuvoja. (Choo 2013.)

Jakamiseen ja proaktiivisuuteen painottuvien tiedon arvojen kulttuurit, suhdeperustainen ja riskejä ottava tietokulttuuri korostavat vuorovaikutteisuutta, osallisuutta ja viestintää. Suhdeperustaisessa tietokulttuurissa arvos-



Kuvio 2. Tietokulttuurin ulottuvuuksia (muk. Choo 2013)

tetaan aloitteellisuutta, yhteistyötä ja tiedon aktiivista luomista ja etsintää. Tiedon fokus on sisäisessä tiedossa, jota on muun muassa työkavereilla, ammatillisilla tai sosiaalisilla ryhmillä ja yleisesti ottaen tiedon lähteinä toimivat sosiaaliset verkostot, niin viralliset kuin epävirallisetkin. Suhdeperustaisessa tietokulttuurissa tiedon käyttäminen lisää osallisuuden innokkuutta ja sitoutuneisuutta, ja painotus on erityisesti työyhteisön ja organisaation sisäisessä toiminnassa. Riskejä ottavassa tietokulttuurissa tiedon käyttö ja etsintä on myös sosiaalisiin verkostoihin perustuvaa, mutta tiedon lähteet ovat enemmän ulkoisia. Riskejä ottavassa tietokulttuurissa arvostetaan luovuutta, uusia innovaatioita ja kokeilevaa toimintatapaa, jolloin tiedon tarkoituksena on määrittää ja arvioida mahdollisuuksia uusiin aluevaltauksiin ja toiminnan innovatiiviseen kehittämiseen. (Choo 2013.)

Neljä ulottuvuutta ja tietokulttuurin tyyppiä ei kuitenkaan tarkoita, että organisaatio sijoittuisi niistä pelkästään yhteen, vaan on profiloitavissa painotustensa mukaan. Organisaatiossa saattaa esimerkiksi olla hyvin vahva tu-

losorientaatio, kohtalaisen paljon sääntöjen noudattamista, hieman riskien ottamista, mutta vain vähän suhdeperustaisuutta. Nelikenttä tarjoaakin kiinnostavan kehikon tietokulttuurin painotusten tutkimiseen eri aloilla (esim. Vick, Nagano & Popadiuk 2015).

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa faktapohjainen tieto ja tarkat säännöt perinteisesti ohjaavat toimintaa, ja vuorovaikutukseen ovat pitkälti vaikuttaneet professionaalinen kulttuuriperusta, ammattiryhmien erot ja hierarkkisuus (esim. Kivinen 2008). Tältä pohjalta sote-organisaatioiden voisi päätellä sijoittuvan voimakkaimmin sääntöjä noudattavaan tietokulttuuriin. Tutkimuksessamme sääntöjen noudattamisen ulottuvuus oli keskeisessä roolissa, muttei kuitenkaan voimakkain ulottuvuus. Eniten aineistossa näkyi tulosorientaation merkitys tietokulttuurissa, mutta myös suhdeperustaisuus oli näkyvillä erityisesti tietotoiminnan tavoitteina.

Toteuttamassamme kyselyssä Lapin ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien esimiehille kartoitettiin tietokulttuuriin liittyviä ongelmia ja esteitä. Vastauksissa ongelmallisina painottuivat tiedon luotettavuuteen, saatavuuteen ja toimiviin tietojärjestelmiin liittyvät asiat, sekä johtamis- ja toimintatapoihin liittyvät tekijät. Suurimpina tietokulttuurin toimivuutta heikentävinä tekijöinä pidettiin tiedon luotettavuuden puutteita ja jatkuvaa muuntumista sekä epäkäytännöllisiä tietokanavia ja -järjestelmiä. Tietoa tulee paljon, mutta toisaalta vaihtuvissa tilanteissa tarvittavan täsmällisen tiedon tai ohjeen löytyminen on usein hankalaa. Tietojärjestelmät sinällään ovat pikemminkin tiedolla johtamisen väline kuin tietokulttuurin osa, mutta niiden roolin keskeisyys luo ongelmia tiedon kanssa toimimiseen: tietojärjestelmät eivät ole riittävän joustavia tiedon ajantasaisuuden kannalta, ja niiden käytettävyydessä on puutteita. Sääntöihin ja ohjeisiin toimintansa perustavan organisaation kannalta on ongelmallista, mikäli resursseja hukkuu luotettavan tiedon löytämiseen.

Tietokulttuurin ongelmina mainittiin myös jakamisen harkitsemattomuus ja tiedon luokittelemattomuus, mitkä aiheuttavat tietotulvaa ja olennaisen tiedon hukkumista. Tällä tarkoitetaan liiallista tiedon saannin varmistamista, eli jakamista kaikkia mahdollisia kanavia käyttäen, ja lisäksi sen

luokitteluun tai tarkoituksenmukaiseen muokkaamiseen ei haluta tai ehditä panostaa. Toisaalta ongelmana mainittiin myös sattumanvaraisuus tiedon jakamisessa, jolloin tasapuolisuuden kokemukset horjuvat eikä vastaanottaja voi aina luottaa, onko hänellä kaikki tarvittava tieto. Tiedon vaikea ymmärrettävyys tai käytettävyys voivat myös aiheuttaa tulkintaongelmia, niin yksilö- kuin työyhteisötasoillakin. Tällaiset ongelmat liittyvät erityisesti tiedon ominaisuuksiin ja tietoprosesseihin. Jakamisen suunnitelmallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta niin sisältöjen kuin käytettyjen kanavienkin osalta pidetään näin ollen tärkeänä osana luotettavaa tietotoimintaa.

Näissä esimiesten kuvaamissa ongelmakohdissa näkyy näin ollen sekä sääntöjä noudattava, että tulosorientoitunut tietokulttuuri: sääntöjä pidetään lähtökohtana, mutta tietotoiminnan toimivuutta – ja toimimattomuutta – kuvataan eniten tulosten ja tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Suhdeorientoitunutta, osallistavaa tiedon luomista ja jakamista tavoitellaan, mutta siinä nähdään myös monia esteitä ja hidasteita. Kiinnostavaa on, että neljäs ulottuvuus, riskien ottaminen jää vähäiselle huomiolle vastauksissa, ja siihen liittyvät vastaukset viestittävät ettei tietokulttuuri tue innovatiivisuutta ja uusien ideoiden esittämistä, mikä viittaa perinteiseen, sääntöjä ja asemaa korostavaan kulttuuriin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tietotoimintaan liittyy jonkin verran tiedon hukkaamista, mutta sitä merkittävämpänä ongelmana voidaan pitää edellä mainittua tiedon hukkumista. Osittain ongelma johtuu kuvatuista tiedon paljoudesta ja tietojärjestelmien puutteista, mutta myös esimiesten ja henkilöstön tietotoimintaan liittyvistä piirteistä. Yksilöiden toiminnan näkökulmasta tietokulttuurin toimivuuden keskeisenä ongelmana pidetään välinpitämättömyyttä tiedosta, sen oikeellisuudesta ja jakamisesta. Monet vastaajat kuvaavat huomanneensa tiedon panttaamista, jolloin tietoa ei halutakaan jakaa tai sitä jaetaan valikoidusti. Tällöin tiedosta muodostuu myös vallan väline, ja jakaminen saattaa keskittyä omaan ammattiryhmään, läheisimpiin työkavereihin tai ”kuppikuntaan”. Toisaalta tiedon panttaamiseen liitetään ylireagointia tietoturvaan, jolloin esimerkiksi potilaan tietoturvaohjeisiin vedotaan herkästi. Nämä ongelmakohdiksi mielletyt tietokult-

tuurin piirteet liittyvät vahvaan ohjeiden noudattamisen toimintatapaan: ensinnäkin tiedon jakamiseen kaivataan selkeät säännöt ja ohjeet, ja toiseksi koetaan että jakamisen perusteena tulisi olla virallinen asema. Kolmanneksi, tiedon ”vuotamisesta” pelätään jäädä kiinni. Kyse on koko toimialaa sinällään kuvaavasta erityispiirteestä (Kivinen 2008), joka ei välttämättä muodostu ongelmalliseksi. Monet vastaajamme kuvaavat kuitenkin työyhteisön epäluuloisen ja vastustavan ilmapiirin heikentävän avoimuutta ja tiedon jakamisen halukkuutta. On nähtävissä, että avoimelle ja kehittämismyönteiselle toimintakulttuurille on tarvetta ja sitä on kehitettykin, mihin reagoiden vahva sääntöihin ja vastuisiin perustuva kulttuuri pyrkii vahvistamaan itseään.

Johtamisen näkökulmasta vuorovaikutteisen tietokulttuurin rakentaminen on haastavaa. Kyselyyn vastanneet esimiehet kuvaavat yhdeksi suurimmista tietokulttuurin ongelmista perinteisen johtamisajattelun, joka ei kannusta tiedon jakamiseen, vuorovaikutukseen eikä motivoi yhdessä tekemiseen. Rytilän (2011, 153–155) tutkimuksessa suurimpana tietoperustaisen johtamisen esteenä nähtiin sosiaalisten tilanteiden ja paikkojen heikko hallinta. Tietointensiivisessä organisaatiossa on tärkeää saada osaaminen ja tietopääoma näkyväksi työyhteisön prosesseissa, jolloin johtaminen on yhä enemmän verkostotoimintaa ja yksilöiden tuntemusta ja ymmärrystä. Johtajan taidot tietopääoman hyödyntämisessä ovat suorassa yhteydessä henkilöstön hyvinvointiin, sitoutuneisuuteen ja motivaatioon. Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation ollessa vahvasti sääntöjä noudattava, hierarkkinen ja legitiimisyyteen pohjautuva on tärkeää, että johtajan tietoperustainen toiminta on intentionaalista. Tämä tarkoittaa tietoista, harkittua ja jatkuvasti kehittyvää johtamisotetta tiedon, tietoperustaisuuden ja vuorovaikutuksen suhteen, joka arvostaa ja ymmärtää sosiaalisten kontekstien merkityksen työyhteisön toimivuuden kannalta.

Kyselymme vastaajat kuvaavat toimivan tietokulttuurin esteenä olevan tiedon panttaamista ja liiallista rajaamista, mikä kytkeytyy kulttuuristen tekijöiden ohella raja-aitoihin, niin yksiköiden, erikoisalojen kuin ammattiryhmienkin välillä. Vastaajat kuvaavat perinteisen hallintoajattelun aiheuttavan tietotoiminnassa lokeroitumista, jolloin tietoa käytetään siiloissa ja rajapinto-

jen sisällä. Tähän voi liittyä oman yksikön tai erityisalan rajojen suojaamista ja tiedon tietoista pitämistä rajojen sisäpuolella. Toisaalta suojaaminen voi edetä kulttuuriksi, jossa omaa toimintaa erityisesti kannustetaan ja kehutaan, luoden mielikuvaa erinomaisesta aktiivisuudesta sekä sisäisille että ulkoisille toimijoille, jolloin muita koskeva tai ulkopuolelta tuleva tieto saattaa muuntua tämän tarkoituksen mukaiseksi. Tiedon epäluotettavuus, jäykät hallintorakenteet ja perinteiset raja-aidat hankaloittavat vuorovaikutuksellista ja avoimuuteen perustuvaa tietokulttuuria, jota kuitenkin tavoitellaan ja halutaan rakentaa. Ongelmien ratkaisemisen koetaankin lähtevän paitsi organisaatiorakenteesta ja toimintatavoista, myös johtamisajattelusta. Keskeisenä tekijänä pidetään ylemmän johdon johtamistapaa, tietoperustaisuuden ja aktiivisen tiedon luomisen esimerkkiä, mikä kärjistyy etenkin muutostilanteisiin liittyvässä valmistelussa ja viestinnässä. Huomio kiinnittyy näin ollen siihen, miten tietokulttuuri ulottuu organisaation eri tasoille ja mistä suunnista se kehittyy. Ajateltaessa sote-organisaatiota kompleksisena, vuorovaikutteisena ja yhä voimakkaammin verkostomaisena kokonaisuutena, on kaikilla osilla vaikutuksensa tietokulttuurin muodostumisessa ja toimivuudessa.

Tietokulttuurin kehittämisen keinoja

Tietokulttuurin kehittämisen keinot ja avaamisen mahdollisuudet kytkeytyvät luonnollisesti sen organisaatiokohtaisiin painotuksiin ja ongelmallisiksi koettuihin kohtiin. Kehittämisen suuntaamista on hyvä toteuttaa strategiaan ja tavoitteisiin perustuen, jolloin tietokulttuuria koskevat muutokset ja sen suuntaaminen nivoutuu tarkoituksenmukaisesti organisaation kokonaiskehittämiseen. Syvempi tietokulttuurin kehittämisen lähtökohta on kuitenkin toiminnan arvoperustassa ja etiikassa, mikä sosiaali- ja terveystoimen organisaatioissa on keskeistä myös johtamistyössä.

Kehittämisen lähtökohtana voidaan pohtia, millaista olisi ihanteellinen tietokulttuuri sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Hankkeemme kyselyssä esimiehet kuvaavat ihanteellisen tietokulttuurin perustuvan muun muassa tiedon saavutettavuuteen, luotettavuuteen ja ajantasaisuuteen, mutta

toteutuvan ennen kaikkea vuorovaikutteisena, avoimena ja virheitä sallivana toimintana. Tiedon suunnitelmallinen jakaminen ja toimivat pelisäännöt ovat keskeisessä roolissa, jotta päällekkäisyyksiltä vältyttäisiin ja kuitenkin turvattaisiin tiedon tasapuolinen vastaanottaminen. Huomiota tulee kiinnittää tieto-osaamiseen ja kyvykkyyksiin: kuinka tietoa luodaan, hyödynnetään ja kehitetään, ja kuinka osataan tuoda näkyväksi myös muuta kuin näkyvää ja ammatilliseen osaamiseen pohjautuvaa tietoa? Tärkeänä pidetään myös, että tietotoiminta ylittää ammattirajat ja organisaation yksikkö- ja tulosaluerajat.

Ihanteellinen toimintakulttuuri tietotoiminnan kannalta kytkeytyy näin ollen monille tasoille ja useisiin henkilöstöjohtamisen osa-alueisiin. Eräs vastaajista kiteyttää ihanteellisen tietotoiminnan seuraavasti:

> *”Pitää luoda inhimillinen matala johtamisorganisaatio, jossa on tarkkaan rakennettu tieto-organisaatio osaajineen. Henkilöstön ammatillinen osaaminen ja muut kyvykkyydet on kartoitettu ja paitsi osaamista myös muita kyvykkyyksiä hyödynnetään. Työskentely on tiimityöskentelyä, mielellään moniammatillista ja tiimeille jaetaan vastuuta. Autoritaarinen äyskäröivä johtamistyyli eliminoidaan. Yksi perusarvoista on ihmisen kunnioittaminen. Ihmisen, kaikissa tehtävissään, onnistumisissaan ja epäonnistumisissaan.”*

Kuvaus sisältää elementtejä niin johtamisen kuin organisaatiokulttuurinkin kehittämiseen, yhdistäen ihanteellisen tietokulttuurin organisaation kykyyn oppia ja kehittää toimintaansa. Suhteutettuna Choon (2013) tietokulttuurien jäsennykseen, painottaa kuvaus suhdeperustaisen tietokulttuurin vahvistamista. Ihannetilassa tietotoiminta asemoituisi keskeiseksi ja luontevaksi osaksi arkea, ja kytkeytyisi henkilöstöjohtamiseen, osaamisen johtamiseen ja vastuun antamiseen. Huomio ihmisten kunnioittamisesta kuvaa sitä, että jokaista työyhteisön jäsentä tulisi arvostaa ainutlaatuisena itsenään, tasavertaisena toimijana. Tällainen ihmiskäsitys on monille itsestäänselvyys, mutta organisaatioiden toiminnassa ja johtamiskulttuurissa se ei välttämättä toteudu (esim. Vakkala 2012). Kyse on perinteisen johtamisajattelun vahvasta vaikutuksesta suomalaisissa julkisorganisaatioissa, jossa toiminta on pitkälti perustunut sääntöihin, valtaan ja ylhäältä alas suuntautuvaan johtamiseen. Käytän-

nön toiminta kuitenkin perustuu yksilöllisten, erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten vuorovaikutukseen ja tietotoimintaan, jolloin johtamiseen tarvitaan inhimillistä, autenttista otetta (Vakkala & Syväjärvi 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollossa kyse ei ole pelkästään henkilöstön arvostamisesta, vaan toiminnan perusluonteen vuoksi keskiössä on asiakasnäkökulma ja asiakkaan kohtaaminen, mikä asemoituu keskeiseen rooliin myös tietotoiminnassa (esim. Rytilä 2011).

Tiedon jakamisen ja luomisen rajapinnat ja tarpeet niiden avaamiseen nostavat esiin keinoja tietokulttuurin kehittämiseen. Avoimessa tietokulttuurissa voidaan hyödyntää enemmän myös epävirallisia kanavia, mikä tekisi tietotoiminnasta sosiaalisiin verkostoihin perustuvaa ja joustavaa. Sosiaali- ja terveystoimen työyhteisöissä verkostoilla on taipumus rakentua ammatillisten, yksilöllisten tekijöiden ja organisaation toimintatapojen pohjalle, ja niiden merkitys työtyytyväisyyteen ja tiedon jakamiseen on keskeinen (Tasselli 2014). Currie ja White toteavat tutkimuksessaan (2012), että tiedon välittämisessä ryhmä ja sosiaalinen vuorovaikutus saattavat nousta professiota tärkeämmiksi tekijöiksi. Tällöin korostuvat sosiaaliseen ympäristöön liittyvät toimijat ja toimintaedellytykset, sekä myös epävirallinen vuorovaikutus. Tulos kannustaa organisoimaan toimintaa asiakaslähtöisin tehtävin ja moniammatillisesti – kuten Suomessa on jo vuosien ajan tehtykin – jolloin kliiniset ja ammatilliset rajat on mahdollista ylittää tietotoiminnassa. Huomiota tulisi tutkimuksen mukaan kohdentaa entistä enemmän myös dialogiseen, ja epäviralliseenkin tiedon jakamiseen.

Tiimityöskentelyä ja moniammatillisuutta syvempänä keinona tietotoiminnan kehittämiseen esittää Mertala (2011) kollektiivista asiantuntijuutta, jolla tarkoitetaan yksilöiden osaamisen ja kokemuksen yhdessä, vastavuoroisesti muodostamaa asiantuntijuutta. Kollektiivinen asiantuntijuus rakentuu jatkuvassa yhdessä työskentelyssä ja tietoprosesseissa. Tähän pääseminen edellyttää vuorovaikutusta ja dialogisuutta jo ennen asiakaskohtaamista, ei pelkästään kohtaamisen tilanteissa tai niiden jälkeen, jolloin ne usein jäävät neuvotteluiksi tai informaatio saa yksipuolisen, autoritatiivisen luonteen esimerkiksi hierarkiassa korkeammalla tasolla olevalta. On siis tärkeää, että

asiantuntijuus rakentuu vuorovaikutukselle. Dialogisuus ei puolestaan toteudu ilman työympäristöjen ja rakenteiden riittävää joustavuutta, mutta onnistuminen on kiinni myös henkilöistä, avoimuudesta ja kiinnostuneisuudesta vuorovaikutustilanteisiin. On kyettävä jakamaan omaa osaamistaan, jolloin reviiriajattelulle ei ole juurikaan sijaa. Lisäksi tulee entistä kokonaisvaltaisemmin osata lukea vaihtuvia tilanteita niin työyhteisön kuin asiakkaankin osalta, mikä ei kuitenkaan tarkoita sitä että "kaikesta tulisi tietää kaikki". Kollektiivisuudessa tieto ja asiantuntemus nimenomaan kootaan eri lähteistä, useammalta asiantuntijalta. Haastavinta kollektiivisen asiantuntijuuden kehittäminen lienee kuitenkin niiden alojen osaajille, jotka tekevät työtään pääasiassa yksin, esimerkiksi olosuhteiden pakosta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa yksin työskentelyä voidaan usein kuitenkin pitää enemmänkin omana valintana kuin asiakkaan tai työyhteisön toimivuuden kannalta parhaana ratkaisuna. (Mertala 2011.)

Kuten edellä on kuvattu, ammattiryhmien taipumus jakaa tietoa luontevimmin omassa ryhmässään liittyy paitsi hierarkiaan ja vahvoihin professioihin, myös sosiaali- ja terveydenhuollon yleiseen ja kansainvälisestikin todettuun kulttuuriin, jossa virheitä ei sallita (Kivinen 2008). Rankaisevaa ja virheitä sallimatonta kulttuuria voidaan pitää suurimpana esteenä tiedon jakamisen kehittämiselle terveydenhuollossa (Kim, Newby-Bennett & Song 2012). Virheitä ja epäonnistumisia sallivan toimintatavan hyödyllisyys esimerkiksi potilasturvallisuuden ja palvelutoiminnan laadun kannalta on todettu sekä käytännössä että monin tutkimuksin, mutta organisaatiokulttuurin avaaminen virheille käy hitaasti. Kulttuuri pohjautuu hyvin vahvasti alalle tärkeisiin arvoihin, ja jos virheen hintana on esimerkiksi potilaan kuolema tai vammautuminen, tai lievemmin oireiden pitkittyminen, on yksiselitteistä miksi kulttuuri on rakentunut estämään virheet ja laiminlyönnit. Voi myös olla, että esiintyvää virhettä selitetään poikkeamalla tai satunnaisuudella, tai hiljennetään ongelmakohtia esille tuovat työntekijät myös tietotoiminnan osalta. Ilman virheitä ja niiden esilletuonnin mahdollisuutta ei kuitenkaan pystytä oppimaan ja kehittämään toimintaa, ja tästä näkökulmasta kritiikki sekä aukkojen ja virheiden esiin nostaminen on arvokasta tietoa.

Suhteutettuna Choon (2013) tietokulttuurien ulottuvuuksiin (kuvio 2), nostavat kuvatut kehittämisen keinot esiin menetelmiä, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon tietokulttuuria voitaisiin kehittää kohti suhdeperustaisempaa, mutta myös riskejä ottavaa ja innovoivaa tietotoimintaa. Suhdeperustainen tietokulttuuri rakentuu vuorovaikutteisuudelle ja tietotoimijoiden verkostoille, ja painottaa sisäistä tietoa toiminnan kehittämisessä. Aineistomme mukaan suhdeperustainen tietokulttuuri on tavoitteena tärkeä, mutta puutteellisesti tai heikosti toteutunut. Riskejä ottavassa tietokulttuurissa tietoa hyödynnetään myös organisaation ulkopuolelta ja kannustetaan luovien, innovatiivisten ratkaisujen käyttöön toiminnan kehittämisessä. Avoimen, vuorovaikutteisemman tietokulttuurin kehittäminen rakentaa käytännössä tapoja, joilla parannetaan organisaation kykyä oppia ja kehittää toimintaansa.

Tietokulttuurin kehittäminen avoimeen, hyväksyvään ja kehittämistietoa arvostavaan suuntaan nähdään keskeisenä keinona ratkaista rakenteisiin perustuvan, siiloutuneen tietotoiminnan ongelmia. Oppimisen ja osaamisen tulisi nousta ydinarvoksi ja toimintaa ohjaavaksi tekijäksi, ja laadun kehittämisen vakiinnutettava asemansa (Soklaridis 2014). Kehittämistyöhön voi liittyä hukan poistamista, parhaiden käytäntöjen edistämistä ja asiantuntijaverkostoihin pohjautuvan hoitotyön lisäämistä. Kulttuuria rakentavat – tai nakertavat – myös nimitykset, joilla ongelmallisia asioita kutsutaan, kuten potilasvahinko tai tiedon hukkaaminen. Pienetkin tekijät luovat kuvaa kulttuurista, ja voivat saada aikaan muutosta. Kivisen (2008) tutkimuksessa vastaajat, jotka kokivat kulttuurin kehittämismyönteiseksi ja yhteiseen vastuuseen perustuvaksi, näkivät tiedon organisoinnin ja jakamisen toteutuvan muita paremmin. Tulos korostaa tulkinnallisuutta, mutta myös pienten, konkreettisten askelten merkitystä tieto- ja toimintakulttuurin kehittämisessä.

Pohdittaessa tietotoimintaa kokonaisuuden johtamisen näkökulmasta ja tietoprosessien kannalta, nousevat luonteviksi kehittämisen keinoiksi tiedottamisen kanavien selkeyttäminen ja tietoon liittyvien vastuiden terävöittäminen. Tietotulvan aiheuttaman tiedon päällekkäisyyttä ja hukkumista on mahdollista vähentää suunnitelmallisuudella ja toimintatapojen selkeyttämisellä sekä tietoprosessien avaamisella. Voidaan myös pohtia, tulisiko keskeisten

tiedon jakajien, tietoprosessien avainhenkilöiden roolia vahvistaa. Selkeästi määritellyt tiedotusvastuut voisivat sujuvoittaa tiedon liikkumista horisontaalisesti ja vertikaalisesti. Toisaalta, kuten edellä on kuvattu, on tiedon keskittyminen solmukohtiin myös riski ja osaltaan vahvistaa perinteistä, ylhäältä alas suuntautuvaa ja hierarkkista kulttuuria. Tiedonjaon vahvempi keskittäminen olisi myös valtakysymys.

Palataksemme yksilöiden ja työyhteisöjen tasolle, toiminnan arkeen, korostuu herkeämättä osaaminen, kuten edellä kuvattu ideaalisen tietokulttuurin lainauskin toteaa. Asiantuntijuus, kokemus, kyvykkyys ja hiljainen tieto – osaaminen nousee esiin eri muodoissaan. Avoimessa toimintakulttuurissa, jossa jaetaan yhteiset arvot ja toiminnan tavoitteet, osaamista ja hiljaista tietoa jaetaan arjen kohtaamisissa ja sosiaalisissa verkostoissa (Zipperer 2014). Toimiva tietokulttuuri arvostaa osaamista ja vaalii sitä, jolloin johtamisessa tulee huolehtia luottamuksesta ja vuorovaikutussuhteiden edistämisestä (Kivinen 2008). Huomio kohdentuu johtamisen arvoperustaan ja inhimilliseen johtamisotteeseen, joka lisää luottamusta, motivaatiota ja sitoutuneisuutta. Ihmisläheinen, psykologinen johtamisorientaatio (esim. Vakkala & Syväjärvi 2012) merkitsee ymmärrystä, kiinnostusta ja kannustamista, sekä aktiivista ongelmiin tarttumista ratkaisukeskeisellä tavalla. Henkilöstön näkökulmasta tietokulttuurin kehittäminen asemoituu näin ollen johtajuuteen ja erityisesti ihmisläheisyyteen, jolloin lähtökohtana on läsnä oleva, osallistuva ja luottamusta herättävä johtajuus. Tästä näkökulmasta tietokulttuurin kehittäminen ei edellytä merkittäviä resurssipanostuksia tai uusien järjestelmien käyttöönottoa, vaan yksinkertaistettuna yksilöitä, erilaisuutta ja heillä olevaa tietoa arvostavaa johtamisotetta.

Kaikkiaan tietokulttuurin kehittämiseen on löydettävissä monia keinoja, joilla on mahdollista päästä toimintaohjeiden ja virallisten rakenteiden määrittämästä kohti ihanteelliseksi kuvattua tietotoimintaa. Keinojen toteutuksessa usein kyse on pienistä, työyhteisötason ilmapiirin ja luottamusta herättävän johtamisen kehittämisen keinoista, mutta toisaalta tarvitaan myös laajempia, koko toimintakulttuuria edistäviä keinoja. Molemmilla tasoilla ja kaikkien keinojen osalta tärkeää on tuoda esiin, millaiselle arvoperustalle tietotoiminta

nojaa. Kyse on siitä, mitä tietoa arvostetaan, mitkä ominaisuudet ovat tärkeitä, millaisia tiedon jakamisen tapoja käytetään ja millainen arvo annetaan uuden tiedon luomiselle. Kyse on siitäkin, arvostetaanko myös negatiivista, toimintaa kehittävää tietoa ja annetaanko kriittisille näkemyksille sijaa. Entistäkin tärkeämmäksi tietokulttuurin selkeä arvoperusta nousee laajojen, koko toimintakenttää koskevien uudistusten yhteydessä, joiden edessä sosiaali- ja terveydenhuollossa tällä hetkellä ollaan.

Tietoperustainen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa

Tietoperustaisuus, tietoprosessien suunnittelu ja tietokulttuurin kehittämisen kysymykset kytkeytyvät vahvasti sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiskeskusteluun. Tiedon rooli on keskeinen kaikissa muutostilanteissa ja niiden johtamisessa, mutta erityisesti kyseisten tietointensiivisten alojen laajoissa ja toimintaan syvällisesti vaikuttavissa organisaatiomuutoksissa. Kyse ei ole pelkästään muutokseen sinällään liittyvästä tiedosta ja sen liikkumisesta, vaan tietotoiminnan uudistamisesta vastaamaan muuttuvien yksikkörajojen ja tehtäväkenttien tarpeisiin, sekä niiden ja ammatillisten rajojen yli. Jo uudistusten suunnittelun ja valmistelun yhteydessä kehittämisen kohteeksi väistämättä nousevat tietoprosessit ja tietoon liittyvät toimintatavat. Sote- ja maakuntauudistus toisivatkin toteutuessaan yhteen kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä erikoissairaanhoidon tietotarpeet integroidessaan palvelujärjestelmää entistä joustavammaksi ja reagointikykyisemmäksi.

Kokonaisuutena suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus kytkeytyy aluehallinnon uudistamiseen, ja keskusteluissa olevat keinot, kuten valinnanvapauden lisääminen muuttaisivat jossain määrin myös kyseisten organisaatioiden toimintaympäristöä. Myös tästä näkökulmasta tietoperustaisuuden ja tietokulttuurin kehittämiseen tulee kohdistumaan merkittäviä muutospaineita. Palvelukokonaisuuksien odotetaankin kehittyvän entistä monitoimijaisemmiksi. Tätä kehitystä luo pelkästään uusien suunniteltujen maakuntien laaja koko ja toimintakentän monimutkaisuus, mutta myös pal-

veluiden avaaminen entistä laajemmin kilpailulle. Rajanvedot julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palvelutuotannon välillä ovat tälläkin hetkellä häilyviä, ja todennäköisenä pidetään että monista kunnallisista palvelutuottajista muodostuu yhtiömuotoisia ja tuottajiksi valitaan entistä enemmän myös yksityisiä yrityksiä. Esimerkkinä on jo nähtävissä palvelusetelitoiminnan laajeneminen yksittäisistä palveluista laajoihin peruspalveluita koskeviin kokonaisuuksiin. Toimintaympäristöön tulee jossain määrin vaikuttamaan myös kuntien muuttuva rooli ja alueellisen elinkeinopolitiikan kehittyminen.

Yksi konkreettisimmista, muttei helpommista asioista on tietojärjestelmien yhdistäminen ja tiedon kokonaisarkkitehtuurin suunnittelu uudelle organisaatiolle. Keskenään keskustelemattomat tietojärjestelmät on koettu ongelmallisiksi nykyisissäkin organisaatioissa, sillä erilaisten käytössä olevien sovellusten ja tietokantojen määrä on ollut suuri yhdenkin erikoisalan sisällä, saati sitten organisaatiorajat ylittäen. Tiedon sijainnin selkeys ja saavutettavuus eivät ole olleet riittävän toimivia, ja niin potilastyön kuin johtamisenkin kannalta ongelmia on luonut pirstoutunut, moniin osiin hajautunut tieto. Tiedon pirstaloituminen koskee ensinnäkin sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kentän moninaisuutta, jolloin esimerkiksi kotikunnassa ei välttämättä ole ollut tietoa asukkaan käyttämien yksityisten tai erikoissairaanhoidon palveluista ja niissä tuotetusta potilastiedosta. Toiseksi asiakastiedon hajanaisuus ja vahva toimijoiden sisäinen tietoturva koskee sosiaali- ja terveydenhuollon sisäisten erityisalojen tiedonvaihtoa. Kuntalaisten tiedonsaannin näkökulmasta tilanne on kansallisesti ratkaistu henkilökohtaisen asiointitilin (julkiset sähköiset palvelut Suomi.fi) sekä terveystietokannan (Kanta.fi) avaamisella käyttöön. Tietojen avaaminen organisaatioiden käyttöön edellyttää kuitenkin henkilökohtaista, verkkopalvelussa tehtyä hyväksyntää. Asukasta koskevat arkistoidut potilastiedot eivät siirry sinne automaattisesti, vaan niitä siirretään vähitellen. Sähköisten, laajojen ja ”avointen” tietokantojen käyttöönotto on näin ollen etenemässä, mutta niiden hyödyntäminen ottaa vasta ensimmäisiä askeliaan.

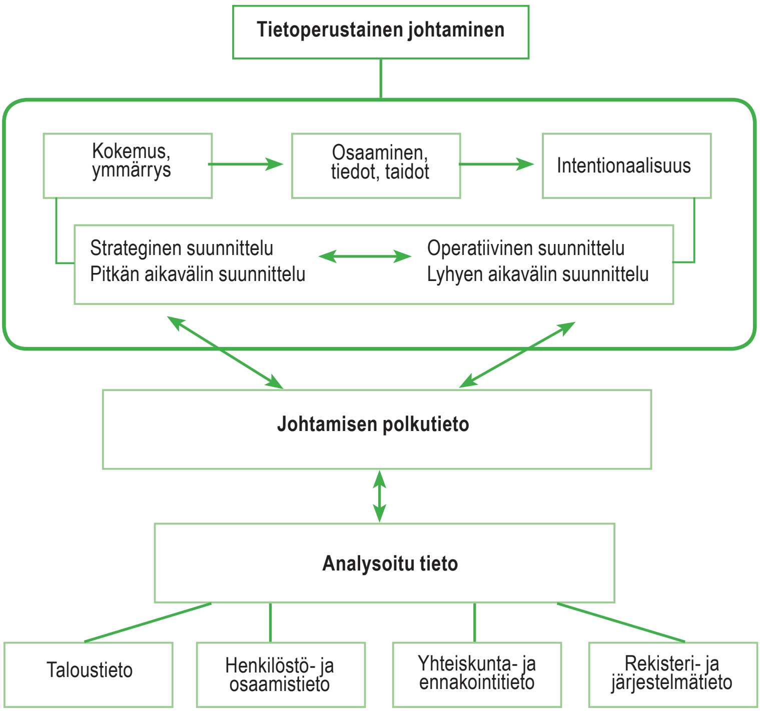
Erityisenä tietoperustaisuuden osa-alueena uudistuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa voidaan nähdä tiedon luominen. Stenvall ja

Virtanen (2012) jäsentävät tiedon luomisen merkitystä ja keinoja toiminnan uudistamisessa ja kehittämisessä asiakaslähtöisyyden, työntekijöiden ja organisaation kokonaiskehittämisen kannalta. Asiakkaita koskeva tieto voi olla organisatorista, eli esimerkiksi käyttäjätietoa tai asiakaspalautetta, tai asiakkaiden palvelukokemuksiin, preferensseihin tai mielikuviin liittyvää tietoa. Työntekijöiden näkökulmasta uudistaminen merkitsee työntekijöiden osaamisen ja kokemuksen kytkeytymistä prosessiin, jolloin tieto, vuorovaikutus ja kehittämistyöhön osallistuminen lomittuvat luontevalla tavalla yhteen. Samalla rakentuu organisaation uudistumisen kannalta kehittämismyönteistä organisaatio- ja tietokulttuuria.

Aidon asiakas- ja käyttäjälähtöisyyden kehittämisessä asiakkailta saatava ja heidän palveluistaan koottava tieto on erittäin tärkeä toimenpiteiden lähde. Tietoa voidaan kerätä paitsi potilas- ja käyttäjätiedoin, myös säännöllisin tai poikkileikkauksin toteutetuin palautekyselyin, erilaisin käyttäjäraadein, foorumein ja sähköisin vaikuttamisen keinoin. Asiakkaan tai käyttäjän rooli etenee parhaimmillaan informaatiolähteestä vuorovaikutteiseksi tiedon yhteistuotannoksi: esimerkiksi keskustelemalla johdon ja henkilöstön kanssa toiminnan kehittämiseen saadaan arvokasta tietoa. Osallisuuden toimintamalli voi näin ollen rakentua myös hyvin luontevaksi osaksi asiointia.

Nykyisellä kunta- ja kuntayhtymäpohjaisella peruspalvelujen toiminnalla asiakastiedon määrä on vielä kohtalaisella panostuksella hallittavissa ja muutoksiin kyetään pääosin vastaamaan. Uusilla suunnitelluilla alueilla pelkästään asiakas- ja asukastiedon määrä kasvaa kuitenkin valtavaksi ja edellyttää toimivia tietojärjestelmiä sekä toimintamalleja ja rakenteita asiakkaiden osallisuudelle, jotta toiminnan suunnittelun kannalta olennainen tieto nousee riittävän ajoissa esiin. Kyse on sekä yllätysten, ennakoimattomien tilanteiden kuin myös heikkojen signaalien edellyttämästä toiminnasta, mikä vaatii onnistuakseen joustavuutta ja kykyä muuntua (esim. Paasivaara, Rantakokko, Suhonen & Tiirinki 2013). Kuten todettua, kasvavia vaatimuksia nousee myös erityisaloja yhdistävän tiedon hyödyntämiselle. Tiedon luomiseen, liikkumiseen ja tietoprosesseihin liittyy näin ollen rajapintojen ylittäminen ja tiedon siiloutumisen estäminen.

Tietoperustaisuuden rakentuminen eri tietolähteille sekä tiedon ja tulkinnan tasoille jäsentyy Rytilän (2011) esittämässä mallinnuksessa palvelutoiminnan suunnittelun kokonaisuudeksi (Kuvio 3). Johtamista ja päätöksentekoa varten tarvitaan tietoa taloudesta ja nykyisistä ja tulevista resurssimuutoksista, alan kehitystrendeistä ja uusimmista lääketieteen ja muiden keskeisten alojen tutkimuksista. Varsin keskeisessä roolissa on palvelutarpeisiin, sen alueellisiin muutoksiin ja muun muassa kuluttajakäyttäytymiseen liittyvä tieto. Tästä analysoidusta tiedosta muodostuu Rytilän (emt.) mukaan johtajan polkutietoa, jossa yhdistyvät siis eri lähteistä koottu informaatio, johtajan asiantuntemus ja kokemus. Kuvion alaosa osoittaa paitsi tiedon moninaiset, sisäiset ja ulkoiset lähteet, mutta kuvaa myös johtamisessa käytettävän tiedon asemoi-



Kuvio 3. Tietoperustainen palvelutoiminnan johtaminen (muk. Rytilä 2011, 102)

tumista osaksi palvelutoiminnan suunnittelua lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Kuviossa ei kuitenkaan näy vuorovaikutuksellisuuden ja dialogisuuden rooli, jonka tulisi tietoperustaisuuden lähtökohtien mukaisesti olla mukana kaikissa vaiheissa, analysoinnista suunnitteluun ja johtamiseen. Vuorovaikutus sisältyy kuitenkin tietoperustaisuuden perusasetelmaan. Keskeinen viesti kompleksisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden kannalta on monipuolisten tietolähteiden turvaaminen ja vuorovaikutteisen asiantuntijayhteistyön kehittäminen palvelutoiminnassa ja tietotoiminnan kehittämisessä.

Uudistuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tulisi näin ollen kehittää tietokulttuuria kohti vuorovaikutteista, avointa, rajat ylittävää tietotoimintaa, sekä kohti innovatiivisia ja luovia kehittämisen ideoita kannustavaa ilmapiiriä. Nykyisellään alan tietokulttuurissa painottuvat toimintaohjeet, säännöt ja virallinen, rakenteisiin perustuva tiedon jakaminen. On myös mahdollista, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa esitetyt ratkaisut organisaatioiden yhtiöittämisestä ja avaamisesta nykyistä huomattavasti laajemmin kilpailulle voi johtaa myös tietokulttuurin kehittymiseen kohti Choon (2013) kuvaamaa tulosorientoitunutta, kilpailukeskeistä toimintaa. Tuloskeskeisyys on toki ollut läsnä sosiaali- ja terveydenhuollossa pitkään, mutta mahdollisesti laajeneva kilpailuasetelma uusien alueiden myötä voi muuttaa tietokulttuurin tarpeita nopeastikin. Tämä tarkoittaisi ulkoisen toimintaympäristön vaatimuksia toiminnan kehittämisestä entistä innovatiivisemmaksi ja käyttäjälähtöisemmäksi. Julkisen sektorin perinteisesti painottaessa sisäistä tietoa ja osaamista, tulisi tietokulttuurin rajat pystyä avaamaan myös ulkopuoliselle tiedolle, joka ei välttämättä perustu edes varsinaiseen asiantuntijuuteen, vaan esimerkiksi innovatiivisten ideoiden tuottamiseen (Mergel 2015). Haastavaa kuitenkin on, kuinka tietokulttuuria ja toimintatapoja pystytään kehittämään avoimen tiedon suuntaan, joka ylittää erityisalojen ohella yksikkö-, tulosalue- ja organisaatiorajat.

Kulttuurin kehittäminen liittyy toiminnan arvopohjaan, jonka rooli sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on erityisen vahva. Kulttuurin kehittäminen edellyttää näin ollen myös sitä vahvistavien arvojen edistämistä. Ongelmia kuitenkin tuottaa, jos arvopohjassa on vaihtelevuutta esimerkiksi

ammattiryhmien tai erityisalojen kesken, tai organisaatioissa hyvin erilainen toimintakulttuuri. Kuten Laitinen, Harisalo ja Stenvall (2013) toteavat, keskeisenä keinona ja haasteena voidaankin pitää sitä, kuinka eri ammattiryhmien edustajat saadaan arkisessa kanssakäymisessä toimimaan toistensa kanssa. Jännitteiden purkaminen nousee esiin keskeisenä haasteena avoimen kulttuurin kehittämisessä. Tässä tärkeänä keinona pidetään vahvaa strategista suuntaa ja selkeää visiota, jotka on purettu auki käytännön toimintatavoiksi. Pienten askelien kautta tieto- ja toimintakulttuuri on kehitettävissä – mutta onko hitaasti etenevään kulttuurimuutokseen aikaa?

Pohdinta

Tietoperustaisuuden ja toimivan tietokulttuurin merkitys osaamiseen ja asiantuntijuuteen perustuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on kiistaton. Tässä luvussa on tarkasteltu tietoperustaisuuden ja tietokulttuurin ulottuvuuksia ja kehittämisen keinoja johtamistyön näkökulmasta. Luvun tavoitteena on ollut nostaa esiin laajojen uudistusten kohteena olevien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tietotoimintaan liittyviä ongelmakohtia sekä kehittämisen edellytyksiä. Käsitteellisen tarkastelun ohella luvussa on hyödynnetty empiiristä aineistoa, eli kahden sairaanhoitopiirin johtajille kohdistetun kyselyn ja ryhmähaastattelujen tuloksia Inhimillisesti tehokas johtaminen -hankkeesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa eletään todellisuudessa, jossa tieto päivittyy, täsmentyy ja muuttuu jatkuvasti. Näyttöön perustuva toiminta ja johtaminen sekä koulutukseen ja kokemukseen pohjautuva osaamisperusta ovat olennainen osa toimintakulttuuria. Tietoa arvostetaan, sitä osataan etsiä eri lähteitä hyödyntäen, ja tietoa sekä sen jakamista pidetään keskeisenä osana johtamistyötä. Tärkeinä tiedon ominaisuuksina pidetään saavutettavuutta, luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä, mitkä nojaavat alan arvoperustaan. Nämä piirteet luovat hyvät edellytykset tietoperustaiselle johtamiselle, mikä rakentuu johtajan kyvystä koota ja käsitellä tietoa eri lähteistä, kokemustiedon hyödyntämisestä sekä sosiaalisesta vuorovaikutuksesta tiedon ympärillä. Työ-

yhteisössä tietoperustaisuuden edistämisen keinoiksi nousevat vuorovaikutteisuus ja yhdessä tekeminen, tiedon aktiivinen luominen, jakaminen ja näin muodostuva yhteinen merkityksellistäminen.

Tiedon jakamisen toimivuuteen kiinnitetään sosiaali- ja terveydenhuollossa runsaasti huomiota. Sähköiset jakelukanavat ja tietojärjestelmien hyödyntäminen lisäävät tiedon saavutettavuutta, mutta voivat myös aiheuttaa tiedon hukkumista. Tiedon runsaus ja päällekkäisyys voivat kuluttaa resursseja tiedon priorisointitarpeen ja oikean tiedon etsinnän vuoksi. Tiedon jakamiseen ja tietoprosessien toimivuuteen liittyvät myös asenteelliset tekijät ja valta-asetelmat, sekä toimijoiden välinen dynamiikka ja ilmapiiri. Tästä näkökulmasta tietoprosessit rakentuvat yksilöiden muodostamista verkostoista. Oleellista onkin sisäistää, että tiedolla johtamisessa ja tietoperustaisuudessa ei ole kyse teknologisista ratkaisuista tai tietojärjestelmistä (esim. Zipperer 2014). Keskittyminen esimerkiksi tiedon mekaaniseen keräämiseen ja pelkän näkyvän tiedon kokoamiseen unohtaa sekä tietolähteen että tiedon käyttäjän. Samalla on todettava, että vahvassa hierarkkisuuden, erityisalojen ja aseman kontrolloimassa toiminta- ja tietokulttuurissa on huomion kiinnittäminen tiedon sosiaalisiin verkostoihin selkeä kehittämisen haaste.

Tietokulttuuri, joka kuvaa tiedon kanssa toimimisen tapoja, arvoja ja sääntöjä, on sosiaali- ja terveydenhuollossa sääntöjä noudattavaa sekä kontrollia ja ohjeistuksia arvostavaa. Tiedon liikkuminen ja jakaminen perustuu pitkälti rakenteisiin ja asemaan, eli tietotoiminta on rakenteiden kautta virallistettua. Toisena vahvana sote-organisaatioiden tietokulttuurin ulottuvuutena Choon (2013) mallinnukseen peilaten, on aineistomme perusteella tulos- ja tavoiteorientaatio. Tämä näkyy erityisesti tiedon merkityksinä, hyödyntämisen tarkoituksena ja tuloksellisuuden roolina johtamisessa. Suhdeperustaisuutta eli osallisuutta ja vuorovaikutusta tietotoiminnassa pidetään tärkeänä, mutta toteutumiseen jää muita tietokulttuurin osa-alueita enemmän parantamisen varaa. Perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kulttuuri ei salli virheitä eikä epäonnistumisia, mutta toiminnan kehittämisen kannalta niihin liittyvä tieto on ensiarvoisen tärkeää. Tiedon arvo ja merkitys tällaisissa tilanteissa sekä yleiset avoimen tiedon (*open data*) kehittämistavoitteet nostavatkin tarpeita

tietokulttuurin kehittämiseen sallivaan ja dialogiseen suuntaan, erilaisia raja-aitoja ylittäen. Toisaalta vuorovaikutteisen tietotoiminnan varmistaminen voi – kulttuuritekijät huomioiden – vaatia myös sen rakenteistamista, eli rakenteiden järjestämistä keskeisten vuorovaikutuskanavien perusteella ja tietotoiminnan kytkemistä niihin. Merkitseepä tilanne sitten raja-aitojen kaatamista tai uusien luomista, uudistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot tarvitsevat tietokulttuuria, jossa tietoa osataan ja halutaan luoda vuorovaikutteisesti ja toimintaa edistäen. Monien organisaatioiden yhdistyessä verkostomaiseksi, laajaksi kokonaisuudeksi on keskeisenä haasteena organisaatio- ja tietokulttuurien yhteensovittaminen, mikä vaatii kykyä yhteistoimintaan, totutusta luopumista sekä avoimuutta uuden edessä.

Organisaation ollessa vahvasti sääntöjä noudattava, hierarkkinen ja legitiimisyyteen pohjautuva on tärkeää, että johtajan tietoperustainen toiminta on intentionaalista. Tämä tarkoittaa tietoista, harkittua ja jatkuvasti kehittyvää johtamisotetta tiedon, tietoperustaisuuden ja vuorovaikutuksen suhteen, ja jossa on arvostusta ja ymmärrystä sosiaalisten kontekstien merkitystä kohtaan. Tässä tilanteessa, uudistuviin palveluihin ja organisaatioihin peilaten, keskeiseksi nousee johtajan kyky verkostojen luomiseen ja erilaisten, sosiaalisten tietolähteiden hyödyntämiseen. Uudistusten pyörteissä johtamisessa tarvitaan myös kyvykkyyttä sietää epävarmuutta, jatkuvasti muuttuvia tietoja ja ilkeitä, ennakoimattomia ongelmia.

Samaan aikaan – ja ennen kaikkea – johtaja on kuitenkin ihmisten johtaja. Tietokulttuurin ja organisaatiotoiminnan rakentuessa ihmisten toiminnasta ja yhdessä tekemisestä kohdentuu huomio lopulta inhimilliseen, erilaisuutta ymmärtävään ja luottamusta herättävään johtajuuteen. Etenkin muutostilanteessa tarve ihmisläheiselle, läsnä olevalle ja ongelmiin aktiivisesti tarttuvalle johtamiselle kasvaa, ja tasapuolisuutta ja avoimuutta arvioidaan herkin tuntosarvin (Vakkala 2012). Suhdeperustaista tietokulttuuria ja vuorovaikutteisuutta edistetään vaikuttavimmin luomalla avoimuutta, luotettavuutta ja aktiivisuutta ilmapiiriin ja tietotoimintaan.



Kuvio 4. Inhimillisesti tehokkaan tietokulttuurin rakentuminen

Tarkasteltaessa tietoperustaisuutta ja tietokulttuuria sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat keskeiset huomiot jäsennettävissä kuvion 4 mukaisesti. Ulottuvuudet on kuvattu kehänä kehityssuunnan osoittamiseksi, mutta niistä olisi vedettävissä toisiinsa myös ristikkäisiä yhteyksiä. Lähtökohtana tietoperustaisuuden ja tietokulttuurin kehittämiselle tavoiteltuun, vuorovaikutteiseen ja avoimeen suuntaan toimii inhimillinen johtamisen arvoperusta. Hyvä johtajuus lisää motivaatiota ja sitoutuneisuutta, ja rakentaa luottamuksellista ja samalla avoimuuteen kannustavaa ilmapiiriä myös muutostilanteessa. Hyvässä ilmapiirissä tietotoiminta, kuten tiedon luominen ja jakaminen, on spontaania ja epäkohtia voidaan tuoda esiin toiminnan parantamiseksi. Nämä tekijät lisäävät kiinnostusta tietotoimintaan, jolloin se ei enää ole yksittäisten vastuuhenkilöiden tehtävä, vaan jaettua, aktiivista verkostotoimintaa. Näistä elementeistä rakentuu vuorovaikutteinen, dialoginen ja tietoa arvostava työyhteisö, jonka mahdollistajana on tietoperustainen johtaminen.

Tieto- ja yhteistyöverkostojen avatessa erilaisia rajapintoja niin ammattiryhmien välillä kuin rakenteissakin, alkaa kehittyä organisaatiotason vuorovaikutteinen tietokulttuuri. Tämä edellyttää vahvaa strategista suuntaa ja konkreettisia keinoja rajapintojen ylittämiseen, mutta samalla vahvasti arvoperustaisen tietotoiminnan edistämistä. Rajapinnat ovat esillä ja muutoksen alla uudistusten yhteydessä niin organisaatio- kuin yksikkötasoillakin, mutta tietoperustaisuuden tulisi olla läsnä uudistuskeskustelussa ja -valmistelussa laajemminkin (esim. Virtanen, Stenvall & Rannisto 2015).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja tietotoiminnan kehittämisessä – etenkin suunnitellun sote- ja maakuntauudistuksen kontekstissa – tarvitaan aikaisempaa holistisempaa ja kokonaisvaltaisempaa otetta. Kyse on etenkin asiakkaan ja asukkaan hyvinvoinnista ja sen kompleksisesta rakentumisesta, mikä aiheuttaa voimakkaita joustavuuden ja toimivien tietovirtojen tarpeita. Tuloksina kuvattujen ulottuvuuksien kautta on mahdollista luoda ja edistää inhimillisesti tehokasta tietokulttuuria, joka pitää tärkeänä niin tietoa ja tehokkuutta, kuin ihmistä ja sosiaalista vuorovaikutustakin. Oleellista on, että johtaminen, uudistuminen, rakenteet, henkilöstö ja tietotoiminta, nähdään kaikki osana inhimillisesti tehokasta sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja sen kehittämistä.

Luvun tärkeimmät viestit johtajille ja esimiehille:

1. Tiedon saatavuudesta ja käytettävyydestä huolehtiminen, luotettavuuteen ja ajantasaisuuteen panostaminen, kokonaisvaltaisten ja joustavien tietovirtojen kehittäminen
2. Tietokulttuurin vuorovaikutteisuuden lisääminen ja tietotoiminnan kiinnostavuuden edistäminen: myönteisyys tiedolle, sen luomiselle ja jakamiselle, hiljaisen tiedon näkyväksi tekeminen
3. Tiedon avoimuuden kehittäminen: rakenteisiin perustuvasta tiedosta ja tietotoiminnasta kohti avointa, verkostomaista ja joustavaa tietotoimintaa, mikä tarkoittaa tietolähteiden tarkoituksenmukaista avaamista, tiedon liikkuvuuden väylien edistämistä toiminnan tasojen välillä sekä ammattiryhmien ja erityisalojen kesken, mutta myös ulkoisen tiedon ja asiakastiedon laajempaa hyödyntämistä perustoiminnassa ja organisaation kehittämisessä

Lähteet

Ackoff, R.L. (1989). From Data to Wisdom, Presidential Address to ISGRS, June 1988. Journal of Applied Systems Analysis, 16, 3–9.

Barnard, P., Napier, J. & Zipperer, L. (2014). What is Knowledge? In L. Zipperer (Ed.). Knowledge Management in Health Care. Routledge. Dorchester: Dorset Press.

Becerra-Fernandez, I. & Sabherwal, R. (2015). Knowledge Management. Systems and Processes. New York: Routledge.

Currie, G. & White, L. (2012). Inter-professional Barriers and Knowledge Brokering in an Organizational Context: The Case of Healthcare. Organization Studies, 33 (10), 1333–1361.

Choo, C.W. (2006). The knowing organization. How organizations use information to construct meaning, create knowledge, and make decisions. USA: Oxford University Press.

Choo, C.W. (2013). Information culture and organizational effectiveness. International Journal of Information Management, 33, 775–779.

Cyr, S. & Choo, C.W. (2010). The individual and social dynamics of knowledge sharing: An exploratory study. Journal of Documentation, 66 (6), 824–846.

Davenport, T.H. & Prusak, L. (2000). Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know. Boston: Harvard Business School Press.

Grant, R.M. (1996). Toward a knowledge-based theory of a firm. Strategic Management Journal, 17 (S2), 109–122.

Hislop, D. (2003). Linking human resource management and knowledge management via commitment. A review and research agenda. Employee Relations, 25(2), 182–202.

Kainulainen, S. (2013). Tiedon jakamisen johtaminen – Yksilön tiedon jakamisen motivaatio johtamisen tukena – tutkimus Lapin keskussairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto.

Kesti, M. (2012). The Tacit Signal Method in Human Competence Based Organization Performance Development. Acta Universitatis Lapponiensis 236. Lapin yliopisto. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Kim, Y-M., Newby-Bennett, D. & Song, H-J. (2012). Knowledge sharing and institutionalism in the healthcare industry. Journal of Knowledge Management, 16(3), 480–494.

Kivinen, T. (2008). Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158. Kuopio: Kopijyvä.

Laitinen, I., Harisalo, R. & Stenvall, J. (2013). Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana. Tampere: Tampere University Press.

Lambe, P. (2007). Organising Knowledge: Taxonomies, Knowledge and Organisational Effectiveness. Oxford: Chandos Publishing.

March, J.G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. Organization Science, 2(1), 71–87.

Mergel, I. (2015). Breaking the Silos of Silence. The Importance of New Forms of Knowledge Incubation for Policy Informatics. In E.W. Johnston (Ed.). Governance in the Information Era. Theory and Practice of Policy Informatics. New York: Routledge, 319–332.

Mertala, S. (2011). Yhdessä tietämisen episodeja. Terveydenhuollon kompleksiset työympäristöt. Acta Universitatis Lapponiensis 201. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). The Knowledge-creating Company. Oxford: Oxford University Press.

Ollila, S. & Raisio, H. (toim.) (2013). Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasan yliopisto. Vaasa: Suomen yliopistopaino – Juvenes Print Oy.

Paasivaara, L., Rantakokko, P. Suhonen, M. & H. Tiirinki (2013). Weak signals – tulevaisuuden tekemisen ensioireet. Teoksessa S. Ollila & H. Raisio (toim.). Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasan yliopisto. Vaasa: Suomen yliopistopaino – Juvenes Print Oy, 250–255.

Pfeffer, J. & Sutton, R.I. (2006). Hard facts, dangerous half-truths and total nonsense: profiting of evidence-based management. Boston: Harvard Business School Press.

Pietiläinen, V. (2010). Johtajan ammatillisten kompetenssien profiloituminen kompleksisessa toimintaympäristössä. Acta Universitatis Lapponiensis 177, Lapin yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Prusak, L. (1997). Knowledge in Organizations. Newton: Butterworth-Heinemann.

Rytilä, M. (2011). Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla. Acta Universitatis Lapponiensis 214. Lapin yliopisto. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Soklaridis, S. (2013). Improving hospital care: are learning organizations the answer? Journal of Health Organization and Management, 28(6), 830–838.

Stenvall, J. & Virtanen, P. (2012). Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. Tietosanoma. Tallinn: AS Pakett.

Ståhle, P. & Grönroos, M. (2000). Dynamic Intellectual Capital. Knowledge Management in Theory and Practice. WSOY. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Sveiby, K.E. (1997). The New Organizational Wealth: Managing and Measuring Knowledge Based Assets. San Francisco: Berett-Koehler.

Sveiby, K.E. (2001). A knowledge-based theory of the firm to guide in strategy formulation. Journal of Intellectual Capital, 2(4), 344–358.

Syväjärvi, A., Vakkala, H. & Stenvall, J. (2013). Tiedon hallintaa ja positiivisuutta henkilöstöjohtamiseen julkisen sektorin terveydenhuollossa. Teoksessa S. Ollila & H. Raisio (toim.). Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Acta Wasaensia 277, Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasan yliopisto. Vaasa: Suomen yliopistopaino – Juvenes Print Oy, 151–170.

Tasselli, S. (2014). Social Networks of Professionals in Health Care Organizations: A Review. Medical Care Research and Review, 71(6), 619–660.

Vakkala, H. (2012). Henkilöstö kuntauudistuksissa. Psykologinen johtamisorientaatio muutoksen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen edellytyksenä. Acta 238. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Vakkala, H. & Syväjärvi, A. (2012). Henkilöstöjohtamista kuntien muutostilanteissa. Psykologinen johtamisorientaatio ja autenttinen johtajuus. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 4, 346–363.
Vick, T.E., Nagano, M.S. & Popadiuk, S. (2015). Information culture and its influences in knowledge creation: Evidence from university teams engaged in collaborative innovation projects. International Journal of Information Management, 35, 292–298.
Virta, M. (2011). Sukupolvien välinen tiedon jakaminen organisaatiossa – lapioidaanko vanhaa vai luodaanko uutta? Technology Business Research Center. Research Reports 23. Lappeenranta: Lappeenranta University of Technology.
Virtanen, P., Stenvall, J. & Rannisto, P-H. (toim.) (2015). Tiedolla johtaminen hallinnossa. Teoriaa ja käytäntöjä. Tampere: Tampere University Press.
Weick, K. E. (1995). Sensemaking in Organisations. London: Sage Publications.
Zipperer, L. (toim.) (2014). Knowledge Management in Health Care. Routledge. Dorchester: Dorset Press.

Kirjoittajat: Hanna Vakkala hallintotieteen yliopistonlehtori Lapin yliopistossa ja Miia Palo projektijohtaja ja hallintoylilääkäri Lapin sairaanhoitopiirissä.

Kompleksisuuden johtaminen – kohti uutta ymmärrystä

Pirkko Vartiainen, Harri Raisio & Niklas Lundström

Johdanto

Kompleksisuuden johtaminen on aihe, joka antaa mahdollisuuksia hahmottaa ja ymmärtää yhteiskunnan ja organisaatioiden toimintaa kompleksisen maailmakuvan kautta. Olemme kirjoittaneet ja alustaneet aiheesta hyvin monissa eri yhteyksissä ja todenneet, että kompleksisuuden käsitteet eivät ole vain teoreettisesti kiinnostavia, vaan myös johtamiskäytäntöjä avaavia.

Vuoropuheluissa johtajien ja asiantuntijoiden kanssa on selvinnyt, että kompleksisen maailmankuvan ymmärtäminen on auttanut heitä selittämään asioita ja ilmiöitä, joiden merkitys on muutoin jäänyt hämäräksi (esim. Raisio & Lundström 2015). Tulemmekin pohtimaan luvussamme sellaisia, äkkiä jopa vieraalta tuntuvia ilmiöitä, kuin pirulliset ongelmat, pahan emergenssi ja julkisen hallinnon synkkä aika. Näemme kyseiset käsitteet osaksi kompleksisuuajattelun käsitteistöä. Pirullisilla ongelmilla tarkoitetaan asioita ja ilmiöitä, joista selviytymiseen eivät riitä rutiininomaiset ratkaisumallit. Sen sijaan tarvitaan malleja, jotka avaavat ilmiön monimuotoisuuden ja asioiden toisiinsa kietoutuneisuuden. Emergenssin käsitteellä viittaamme uusien, ennakoimattomien rakenteiden, ominaisuuksien tai prosessien syntymiseen kuin itsestään. Haluamme kuitenkin korostaa, että emergenssiin voi liittyä myös negatiivisia piirteitä, joten käsittelemme kompleksisuuden johtamista myös pahan emergenssin käsitteen varassa. Julkisen hallinnon synkällä ajalla viittaamme tilanteisiin, joissa hallintojärjestelmät menettävät uskottavuuttaan, mikäli ihmiset

yhä enemmän vieraantuvat yhteiskunnallisten asioiden hoidosta. Käsitteiden tarkempaan sisältöön palaamme myöhemmissä luvuissa (ks. myös kuvio 1).

Monesti on vaikea myöntää, että edellä esitettyjä ilmiöitä on jokaisessa organisaatiossa. Jos kuitenkin myönnämme niiden olemassaolon, on helpompi ymmärtää miksi tiettyjä ongelmia ilmenee tai asioita ja käyttäytymistä tapahtuu tai jää tapahtumatta, vaikka olosuhteet ja toimintatavat olisivatkin kunnossa. Tämän luvun tarkoitus ei siten olekaan antaa ohjeita siitä, miten kompleksisuuden johtajan tulisi toimia. Korostamme mieluimmin kompleksisen maailmankuvan ymmärtämistä ja tuon ymmärtämisen soveltamista kunkin omaan todellisuuteen oman johtamiskokemuksensa ja toimintansa valossa.

Miksi edellä esitettyjen käsitteiden avaamista sitten tarvitaan johtamisessa yleensä tai erityisesti sosiaali- ja terveysalalla? Yksi selitys on sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien jatkuva ja laaja uudistaminen, joka tuottaa jo luonnostaan kompleksiseen toimintakenttään muutokseen liittyvää lisääntyvää kompleksisuutta. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen konteksti lisää johtamisen kompleksisuutta. Tämä liittyy sekä alan vahvaan professionaaliseen toimintakulttuuriin että julkiseen intressiin. Julkinen intressi asettaa johtamisen sääntelyn, resurssien ja poliittisen ohjauksen reunaehtoihin. Erityisesti poliittinen ohjaus on nykyisen reformiajattelun myötä kasvanut.

Onkin syytä kysyä ymmärrämmekö miten kompleksinen kokonaisuus esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio, henkilöstön aseman muutokset tai poliittis-hallinnollinen murros kunnissa ja tulevissa maakunnissa tulee olemaan? Pelkona on, että ellei kompleksisuuden piirteitä ymmärretä tai hyväksytä, joudutaan tilanteeseen, jossa päätöksenteko, palvelujen laatu ja henkilöstön hyvinvointi muodostuvat itseään ruokkivaksi ongelmavyyhdiksi, joka estää uudistuksen tarkoituksenmukaisen toteuttamisen. Uskommekin, että kun sosiaali- ja terveysalan uudistuksiin kytketään kompleksisuuden johtaminen, voidaan paremmin onnistua toteuttamaan muutokset myös käytännössä.

Kompleksisuustieteet ja kompleksisuuden johtamisen tutkimus ovat jakautuneet useaan tutkimushaaraan (ks. Lichtenstein 2007; Castellani 2014).

Tässä luvussa keskitymme emergenssin johtajuuteen (*leadership of emergence*), joka voidaan nähdä osaksi kompleksisuusjohtajuuden teoriaa (*complexity leadership theory).* Kyseisen teorian keskeisiä tutkimusjulkaisuja ovat esimerkiksi Lichtenstein ym. (2006), Uhl-Bien, Marion & McKelvey (2007), Uhl-Bien & Marion (2009) ja Arena & Uhl-Bien (2016). Emergenssin johtajuuden keskeisiä tutkimuksia ovat muun muassa Plowman ym. (2007a; 2007b) ja Lichtenstein & Plowman (2009). Tiedostamme Willin (2016) tavoin viimeisten vuosikymmenten aikana tehdyn pohjatyön merkityksen ja tulemme rakentamaan näille kompleksisuusjohtajuuden teorian perustuksille. Suomessa luvussa käsiteltäviin teemoihin ovat perehtyneet julkisen johtamisen tutkimusryhmät (esim. Vartiainen 2005; Vartiainen ym. 2013; Raisio 2010; Vartiainen & Raisio 2011; Valkama & Ollila 2011; Jalonen 2007; Jalonen ym. 2013; Laitinen, Jalonen & Stenvall 2014; Lundström 2015; Lundström ym. 2016).

Emergenssin johtajuuden ottaminen luvun keskiöön selittyy sillä, että haluamme korostaa aktiivista johtamisotetta kompleksisessa toimintaympäristössä. Lisäksi emergenssin johtajuuden tematiikka kytkeytyy vahvasti aiempaan tutkimukseemme (Raisio & Lundström 2014; Raisio & Lundström 2015; Lundström 2015). Tunnustamme valintaamme liittyvän riskitekijän. Esimerkiksi Hanson ja Ford (2010) varoittavat siitä, että yksipuolinen johtajan roolin tarkastelu voi vahvistaa johtajakeskeisyyttä alan tutkimuksessa aivan liikaa. Tämä on tärkeä huomio ja jatkotutkimuksessa onkin syytä tuoda esille myös vaihtoehtoisia kompleksiseen maailmankuvaan kytkeytyviä analyysikohteita. Yksi tällainen on esimerkiksi hollantilainen, lähes ilman muodollisia johtajia toimiva, itseohjautuvan hoitotyön malli Buurtzork (Kreitzer ym. 2015), jossa lähijohtajat toimivat ”valmentajina” ja itseohjautuminen on osa normaalia toimintaa.

Luvun tarkoitus ja tavoitteet

Luvun tarkoituksena on pohtia organisaatioiden johtamista kompleksisuustieteiden keskeisten käsitteiden varassa. Kuvaamamme käsitteet ja mallit herättävät tarkastelemaan organisaatioiden toimintakokonaisuutta uudella ta-

valla, samalla ne voivat toimia moottoreina, jotka käynnistävät uutta ajattelua ja uusia toimintatapoja. Tarkastelumme pääpainona on johtaminen yleensä, joten toivomme, että luvun lukijat aktiivisesti resonoisivat lukemaansa omiin kokemuksiinsa nojaten. Esimerkit, joilla kompleksisuuden käsitteitä avataan, liittyvät osaksi sosiaali- ja terveysalaan, osaksi yleisiin käsityksiin organisaation johtamisesta.

Lukumme lähtee liikkeelle mekanistisen maailmankuvan ja kompleksisuuden tunnustavan maailmankuvan tarkasteluista. Otamme myös käyttöön käsitteet pahan emergenssi ja julkisen hallinnon synkkä aika. Näiden käsitteiden tarkastelu on suomalaisessa keskustelussa ollut vähäistä, mutta ne antavat osviittaa siitä, millaisissa tilanteissa ja millaisten reunaehtojen vallitessa organisaatioiden johtaminen joutuu kamppailemaan. Viittaamme tällä mm. poliittiseen, taloudelliseen ja rakenteelliseen epävarmuuteen sekä toimintatapoihin, jotka ajavat organisaatiot keskittymään yksityiskohtiin kokonaisuuksien sijasta.

Edellä esitettyihin lähtökohtiin nojaten muodostuu luvun tutkimusongelmaksi kysymys: miten kompleksisuuden johtaminen taipuu sosiaali- ja terveysalan johtamisen uudistuvaan toimintakenttään? Pohdimme tätä kysymystä tarkastelemalla millainen on kompleksinen maailmankuva, mitä tarkoittavat valitsemamme käsitteet sekä, miten ne kuvaavat tämän hetken johtamista yleensä ja erityisesti sosiaali- ja terveysalalla. Tarkastelemamme kompleksinen toimintatodellisuus on kuvattuna kuviossa 1 hämähäkinseittinä, joka kietoo ja yhdistää johtamisen organisatoriseen kontekstiin ja tarkentaa tutkimusongelmaamme. Lukumme johtopäätösosiossa pohdimme ko. kuviossa esitettyjä keskeisiä kysymyksiä sosiaali- ja terveysalaan soveltaen.



Kuvio 1. Kompleksiseen toimintatodellisuuteen kytkeytyvät keskeisimmät kysymykset

Käsitteellinen viitekehys

Kompleksisuuden johtamiseen liittyvät näkökulmat on koottu taulukkoon 1. Haluamme korostaa sitä, että monet johtamista ohjaavat ajattelutavat ja käytännöt kumpuavat länsimaisen yhteiskunnan ja hallintokäytäntöjen perinteisestä tukeutumisesta lineaarisiin ongelmanratkaisumalleihin ja toimintatapoihin. Tällöin johtamisessa keskitytään tilanteisiin, jotka käsitetään yksittäisiksi tapahtumiksi tai yksittäisten ihmisten aiheuttamiksi tekijöiksi. Lisäksi ajatellaan, että erilaiset organisatoriset pakot, kuten ohjeet ja säännöt, talous ja rakenteet ovat tekijöitä, jotka sanelevat organisaatioiden toimintaa ja johtamista. Osaksi näin onkin, mutta oletamme erityisesti, että yksittäisten asioiden tai organisatoristen pakkojen liiallinen korostaminen estää johtamisen kehittämistä kompleksisuuden tunnistavaan suuntaan. Tarvitaan rohkeaa

suuntautumista kompleksisen maailmankuvan avaamaan käsitemaailmaan ja toimintatapoihin.

Näkemyksemme on, että erityisesti sosiaali- ja terveysorganisaatioiden johtamisote tarvitsee ajattelua, jossa toimintaa tarkastellaan kokonaisuuksina yksittäisten osien sijasta (Vartiainen ym. 2013). Yksittäisiä osia ei kuitenkaan saa täysin unohtaa. Osat tulisikin nähdä samanaikaisesti sekä kokonaisuuden osina että kokonaisuuden täydentäjinä. Näin ollen vaikutus on molemmansuuntainen. Perustelemme tätä oletusta muun muassa Bellan (2006) tutkimuksella, jossa todetaan, että moderneissa organisaatioissa on systeemistä lähteviä piirteitä, joita ei voi ymmärtää pelkästään ihmisten toimintaa tai käyttäytymistä tarkastelemalla. On hedelmällisempää tarkastella emergoituvaa systeemistä kokonaisuutta, eli inhimillistä käyttäytymistä, rakenteita ja toimintaympäristöä kokonaisuutena.

Taulukko 1. Luvun näkökulmien ja käsitteiden välinen yhteys

Maailmankuva	Mekanistinen	Kompleksinen
Teoreettinen viitekehys	Newton, taylorismi	Kompleksisuustieteet
Ongelman luokka	Kesyt ongelmat	Pirulliset ongelmat
Toimintakenttä	Kesy peli	Pirullinen peli
Johtaja	Kontrolleri / hallinnoija	Mahdollistava johtaja / kaaospilotti
Henkilöstö	Koneen osa / pelinappula	Aktiivinen toimija/pelaaja
Ilmentymä	Pahan emergenssi, julkishallinnon synkkä aika	Emergenssi mahdollisuutena, aktiivisen ja eläväisen organisaatiokulttuurin syntyminen

Taulukossa 1 esitetyt mekanistisen maailmankuvan ja kompleksisen maailmankuvan määrittelyt ovat teoreettisia ääripäitä, joiden välimaastoon jäävä käytännön toiminta on kaikkein kiinnostavinta. Täten tavoitteemme ei ole määritellä mekanistiseen maailmankuvaan liittyviä tekijöitä automaattisesti negatiivisiksi tai huonoiksi. Tarkoitus on tässä yhteydessä paremminkin korostaa sitä, että kehitettäessä johtamista tai ratkaistaessa ongelmia on mahdollista edetä, tilanteesta riippuen, joko kompleksisuuden periaatteiden tai mekanistisuutta korostavien periaatteiden mukaisesti. Käytännön tasoilla

johtamisessa toimitaan usein taulukossa kuvattujen teoreettisten ääripäiden välimaastossa. Tämä ei ole huono asia, mikäli valittu johtamismalli soveltuu ratkaistavana tai johdettavana olevaan tilanteeseen. Viittaamme tällä ontologiseen ketteryyteen, johon palaamme luvun loppupuolella.

Mekanistinen vs. kompleksinen maailmankuva

Tämän luvun tavoitteena on esitellä mekanistisen ja kompleksisen maailmankuvan pääperiaatteet. Mainittujen maailmankuvien erojen tarkastelu auttaa ymmärtämään, mitä kompleksisuus on ja millaisia asioita kompleksisuuden ymmärtämiseen liittyy. Lisäksi pohdimme kompleksisen adaptiivisen systeemin (*Complex adaptive system*, CAS) piirteitä ja periaatteita. Tämä siksi, että kaikkien julkisten organisaatioiden, ja siten myös sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden, toimintaa ja johtamista ohjaa systeeminen mukautuvuus kulloisiinkin tilanteisiin ja muutoksiin. Emme pyri tässä luvussa kaikenkattavaan kompleksisuuden kuvaukseen. Taustoitamme kompleksista maailmankuvaa sen pääpiirteiden kautta ja otamme käyttöömme tämän luvun kannalta keskeiset käsitteet taulukon 1 mukaisesti.

Mekanistinen maailmankuva

Ståhle (2004) näkee mekanistisen maailmankuvan liittyvän ensimmäiseen systeemiparadigmaan, jossa korostetaan mekaanisia järjestelmiä, universaaleja lakeja, pysyvyyttä ja säännönmukaisuutta. Tällöin järjestelmät toimivat kuin koneet, ennalta määrättyjen lakien mukaan. Systeeminen oppikäsitys on Ståhlen mukaan peräisin Newtonin klassisen fysiikan ja länsimaisen tiedenäkemyksen yhtenäisyydestä (ks. myös Wulun 2007; Ackoff 1974). Mekanistinen käsitys systeemin toiminnasta soveltuu hyvin esimerkiksi fysiikkaan tai matemaattisiin mallinnuksiin, mutta sen soveltaminen yhteiskunnalliseen viitekehykseen on monesti ongelmallista. Tästä huolimatta mekanistiseen maailmankuvaan tukeudutaan yhä myös yhteiskunnallisten ongelmien ratkaisemisessa, päätöksenteossa ja johtamisessa.

Ongelmalliseksi mekanistisen maailmankuvan soveltamisen esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan johtamiseen tekee se, että siinä oletetaan asioiden olevan kausaalisessa suhteessa toistensa kanssa. Ajatellaan, että kaikille tapahtumille on löydettävissä konkreettiset syyt ja niiden seuraukset. Tämä ei päde johtamiseen. On erittäin hankalaa ajatella, että esimerkiksi henkilöstöjohtamisessa olisi mahdollista tai edes toivottavaa edetä yksittäisten syiden ja seurausten logiikalla. Parempi on toimia mallilla, jossa henkilöstöjohtaminen nähdään kokonaisuudeksi ja osaksi työyhteisöä ja sen toimivuutta.

Järjestelmät ja systeemit ovat mekanistisen maailmankuvan mukaan suljettuja. Tämä tarkoittaa sitä, että ne eivät ole vuorovaikutuksessa toisten systeemien kanssa. Ne eivät vaihda informaatiota eivätkä vaikuta toisten systeemien toimintaan tai, jos vuorovaikutusta on, se ilmenee pääasiassa lineaarisena toimintana. (Bechtel & Richardson 2010; Richardson 2008.) Sosiaali- ja terveysalan johtamisen kannalta tällainen näkemys vie vähintäänkin tehottomuuteen, koska jokainen organisaatio varjelee tällöin omaa asemaansa systeemin osana. Tämä puolestaan johtaa yhteistyön väkinäisyyteen tai jopa sen hylkäämiseen. Esimerkiksi tulevan sosiaali- ja terveysalan uudistuksen kannalta on tärkeää, että ei luoda pelkästään mekanistisia rakennelmia vaan uusia ja uudella tavalla toimivia yhteistyön verkostoja.

Mekanististen systeemien toimintaa kuvataan käsitteellä reduktionismi (Bechtel & Richardson 2010). Reduktionismin taustalla on ajatus siitä, että kokonaisuus muodostuu yksittäisistä osista. Ajatellaan, että alemman tason kokonaisuuksien kautta saadaan tietoa myös ylemmän tason kokonaisuudesta. (Ackoff 1974.) Toisin sanoen, mikäli halutaan tietää, miten jokin tietty organisaatio toimii, tarkastellaan sen yksiköitä. Jotta taas ymmärretään, miten nuo yksiköt toimivat, tarkastellaan niiden alayksiköitä, esimerkiksi osastoja tai tiimejä. Yksikköjen ja tiimien ymmärtäminen puolestaan vaatisi yksittäisten ihmisten toiminnan tarkkailemista. Periaatteessa reduktionistinen tarkastelutapa voidaan pilkkoa yhä pienempiin osiin, jolloin Hanénin (2010) mukaan päädytään lopulta fysiikkaan ja sen ilmiöihin. Sosiaali- ja terveysalalla reduktionistisen ajattelun soveltaminen ei tuota tarkoituksenmukaista johtamismallia, koska näiden alojen ammatillinen toiminta vaatii vahvaa yhteistyötä

eri ihmisten ja ammattiryhmien välillä. Tällöin johtaminen, joka etenee yksittäisestä yleiseen, ei mahdollista organisaation kokonaisuuden hahmottamista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö yksittäisiin tilanteisiin tai yksittäisten henkilöiden toimintaan pitäisi tarvittaessa puuttua. Niihin puututtaessa on kuitenkin mielekkäämpää toimia kokonaisuutta tai prosesseja korostaen, ei yksittäisten ihmisten toimintaa korostaen.

Mekanistisuutta verrataan usein kellokoneistoon. Ajatuksen mukaan maailma näyttäytyy kellokoneiston kaltaisena systeeminä, joka voidaan purkaa osiin. Osia voidaan siten analysoida kutakin erikseen, ja laittaa takaisin paikoilleen puuttumatta kokonaisuuteen. Mikäli koneessa on jokin vialla, voidaan vioittuneet yksittäiset osat paikallistaa, korjata ja liittää takaisin koneiston osaksi (Bechtel & Richardson 2010; Richardson 2008; Ackoff 1974). Sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden toiminta on järjestäytyneisyydestä huolimatta niin kompleksista, että organisaatiokokonaisuuden purkamista osiin ei ole mielekästä. Osaksi tästä syystä nykyään onkin monissa alan organisaatioissa ryhdytty tarkastelemaan toimintaa prosesseina. Kun näin tehdään, olisi hyvä muistaa, että tavoitteena on prosessikokonaisuuden kehittäminen, ei pelkästään sen tiettyjen osien toiminnan kehittäminen.

Tarkasteltaessa organisaatioissa vastaan tulevia ongelmia viitataan edellä kuvatulla purkamisella kesyihin ongelmiin (ks. Rittel & Webber 1973). Kesyt ongelmat sisältävät kolme tekijää, joiden kautta ne voidaan ratkoa: ne voidaan erotella, purkaa osiin ja määritellä millainen on oikea ratkaisu kyseiseen tilanteeseen (Mason & Mitroff 1981). Usein käytetty esimerkki kesystä ongelmasta on vaativan matemaattisen yhtälön ratkaiseminen. Tehtävä voi olla hyvinkin pulmallinen, mutta ratkaisuun pääsyn jälkeen voidaan testata objektiivisesti, oliko ratkaisu oikea. Lisäksi kesyä ongelmaa voidaan ratkoa yhä uudelleen ja uudelleen muuttamatta sen ominaisuuksia. Esimerkiksi laskukaava ei muutu ratkaisuyritysten välillä. Sen sijaan sosiaali- ja terveysalan johtamisessa tilanteet eivät pysy muuttumattomina, vaan erilaiset asiat, ongelmat ja päätökset vaativat johtajia miettimään omaa lähestymistapaansa aina uudelleen. Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveysalan organisatoriset ilmiöt ja ongelmat

eivät useinkaan ole kesyjä, vaan monelta osin pirullisia. Tarkastelemme ongelmien pirullisuutta luvussa 6.5.

Kesyys itsessään ei ole leimaavaa. Se ei tarkoita, että ongelmat olisi helppo ratkaista. Termi ”kesy” viittaa pikemminkin ratkaisuprosessin luonteeseen, joka etenee niin sanotun lineaarisen ratkaisuprosessin mukaisesti (ks. Vartiainen ym. 2013; Conklin 2005). Näin kesyn ongelman ratkaisua voidaan verrata taulukossa 1 esitettyyn kesyyn peliin, jota pidetään kesyjen ongelmien ratkaisun viitekehyksenä (Lundström 2015; Lundström ym. 2016). Kesyn pelin tavoitteet ovat kaikkien pelaajien tiedossa. Esimerkiksi shakissa – jota on kuvattu myös kesynä ongelmana – peli päättyy toisen pelaajan voittoon. Näin ollen kun ratkaisu on saavutettu, päättyy myös peli. Kesyys tässä yhteydessä viittaa siihen, että peliä voi pelata aina vain uudelleen ja uudelleen niin, etteivät edelliset pelit vaikuta tuleviin. Esimerkiksi jo päättynyt shakkipeli ei vaikuta tuleviin. Peli siis pelataan vain siinä ajassa ja paikassa, tiettyjen pelaajien välillä. Näin ollen pelaajilla – ongelman ratkojilla – on mahdollisuus hakea ratkaisua aina uudelleen ilman pelkoa siitä, että peli olisi jotenkin muuttunut. Johtamisen kontekstissa kesy peli viittaa johtajan ja alaisen välisiin suhteisiin. Tällöin johtaja kontrolloi pelaajan roolissa, työntekijä puolestaan on liikuteltava pelinappula (ks. Lundström ym. 2016).

Esimerkki 1. Sote-uudistus on ollut kesyä peliä

Suomen sosiaali- ja terveysalaa on kehitetty vuosikymmenien ajan, mutta erityisesti 2000-luvulta lähtien on tavoiteltu suurisuuntaisia järjestelmällisiä muutoksia. Paras-hanke ja Vanhasen II hallitusohjelma vuodelta 2007 olivat vahva lähtölaukaus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen suunnittelulle. Tuon ajan jälkeen jokaisessa hallitusohjelmassa on ollut tavoitteena sosiaali- ja terveysalan laaja uudistaminen.

Uudistusten suunnittelussa on ollut mukana poliittisia päättäjiä sekä sosiaali- ja terveysalan johtajia. Työryhmiä ja selvityshenkilöitä on käytetty, lisäksi suuri määrä eri alojen asiantuntijoita on tuonut esiin omia yksityisiä näkemyksiään sekä mediassa että erilaisissa blogeissa. Silmiin pistävää uudistuk-

sen suunnittelussa on kuitenkin ollut se, että yli vuosikymmenen kestäneen vaiheen aikana ohjat on pidetty tiukasti kansallisten poliittisten päättäjien käsissä. Esimerkiksi kunnalliset päättäjät ovat saaneet toimia vastaanottajan asemassa, mikä suomalaisen kunnallisen autonomian kannalta on ollut varsin poikkeava toimintatapa. Stenvallin ym. (2015) selvityksessä todetaan, että kunnat on otettu huonosti mukaan päätösten valmisteluun ja prosessia on ohjattu kuntakentän ulkopuolelta sekä, että keskustelusta on puuttunut vuorovaikutus ja ymmärrys kunnan toimintalogiikasta. Huolestuttavaa on kuitenkin se, että uudistusten suunnittelun paitsioon eivät ole jääneet vain kunnat ja palveluja tuottavat organisaatiot, vaan myös kansalaiset, joiden pitäisi olla keskiössä, kun heitä koskevia palveluja muokataan.

Sote-uudistuksen suunnittelun toimintatapa kertautuu selkeästi maailmankuvaan, jossa uudistus ja sen toteutus nähdään kesynä ongelmana. On ajateltu, että asettamalla tietyt tavoitteet päästään päämäärään järjestelmällisellä, jopa yksioikoisella toimintatavalla. Mitä tästä on seurannut? Työryhmien ja selvityshenkilöiden raportteja on tuotettu ja hylätty, poliittiset erimielisyydet ovat olleet suuria, lakien valmistelussa on ollut suuria ongelmia ja sekä kansalaiset että palvelujen tuottajat elävät jatkuvan epätietoisuuden vallassa. Ei ole ihme, jos kuntalaiset, kuntien päättäjät ja monien järjestöjen edustajat tuntevat olevansa pelinappuloita, joita valtion pitkä käsi siirtelee kulloisenkin agenda ja poliittisen intressin mukaan.

Avointen systeemien kautta dynaamisuuteen

Biologi Ludwig von Bertalanffya (1969) pidetään systeemiteorian kehittäjänä. Hänen mukaansa biologialla oli annettavaa myös yhteiskunnallisen toiminnan tutkimukselle. Bertalanffy kyseenalaisti aiemman näkemyksen siitä, että kokonaisuuksista voitiin tehdä päätelmiä ja yleistyksiä niiden osien perusteella. Keskeinen havainto oli erottaa avoimet systeemit suljetuista. Myös koneisto-näkökulma muuttui orgaanisempaan suuntaan ja ryhdyttiin korostamaan sitä, että avoimen systeemin periaate on merkittävä yhteiskunnallisen toiminnan kannalta.

Avoin systeemi on kahden tai useamman elementin jonkinlainen muodostuma. Systeemillä voidaan esimerkiksi tarkoittaa ihmisistä muodostuvaa sosiaalista systeemiä tai vaikka matematiikan käsitteiden systeemiä. Systeemille on määritelty kuuluvaksi kolme ominaisuutta. Ensinnäkin, jokaisen osan käyttäytyminen vaikuttaa systeemiin kokonaisuutena. Toiseksi, systeemin osien ominaisuudet ja käyttäytyminen sekä niiden vaikutus kokonaisuuteen riippuvat ainakin yhdestä muusta systeemin osasta. Siksi yksikään osa ei itsenäisesti vaikuta kokonaisuuteen ja jokaiseen osaan vaikuttaa jokin muu systeemin osa. Kolmanneksi, myös jokaisella systeemin alaryhmällä on edellä mainitut ominaisuudet. Jokaisella on siis epäitsenäinen vaikutus kokonaisuuteen. Siksi kokonaisuutta ei voi jakaa osiin eikä systeemiä voi jakaa itsenäisiin alaryhmiin. (Ackoff 1974.) Systeemi on näin ollen vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Se sisältää vaihtoehtoisia kehityspolkuja, mutta pyrkii samalla kohti tasapainoa.

Kompleksisuustieteet laajensivat systeemiajattelua ja sen soveltamista (Lundström 2015; Ståhle 2004; Anttiroiko 1993). Keskeistä on näkemys, jonka mukaan kompleksiset systeemit pyrkivät tasapainon sijasta kohti epätasapainoa. Lisäksi korostetaan muutosta ja epäjatkuvuutta sekä näkemystä, jonka mukaan systeemiin voidaan vaikuttaa pääasiassa sisältäpäin. Tutkimuksellisesti kompleksisuusajattelussa haluttiin saada lisää ymmärrystä muutosprosesseista ja niiden luonteesta yleisten lakien ja periaatteiden sijaan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että analyysiä ei kohdenneta niinkään systeemin osiin, vaan niiden välisen vuorovaikutuksen luomaan kokonaisuuteen.

Millaisia kompleksiset systeemit sitten ovat? Yksi keskeisistä kompleksisuusajattelussa käytetyistä termeistä on kompleksisten adaptiivisten systeemien (*Complex Adaptive System*, CAS) käsite. Kompleksiset adaptiiviset systeemit ovat sidoksissa toisiinsa yhteisten tavoitteiden, päämäärien, tarpeiden jne. kautta. Myös niiden rakenteet ovat muuntuvia ja niillä on usein päällekkäisiä hierarkioita. (Uhl-Bien, Marion & McKelvey 2007.) Hierarkioiden päällekkäisyyksillä tarkoitetaan yhden toimijan samanaikaista jäsenyyttä monessa eri systeemissä. Zimmerman, Lindberg ja Plsek (2008) ovat määritelleet CAS:in yksittäisistä agenteista koostuvaksi systeemiksi, jonka toimintaa ei ole

mahdollista ennustaa. Yksittäiset agentit ovat yhteydessä toisiinsa ja kunkin toiminta muuttaa muiden toimintaympäristöä. Edellä kuvattu määritelmä merkitsee sitä, että kompleksisissa adaptiivisissa systeemeissä on vahvoja itseorganisoitumisen piirteitä. Tässä on huomattava ero niin sanottuun perinteiseen systeemiajatteluun, sillä kompleksisuusajattelussa itseorganisoitumista ei nähdä poikkeuksena, vaan normaalina olotilana ja yleisenä systeemin ominaisuutena. Esimerkkeinä kompleksisista adaptiivisista systeemeistä Zimmerman ym. (2008) mainitsevat osakemarkkinat, termiittikoloniat, ihmiskehon immuunijärjestelmän, liiketoimintaorganisaation, organisaation osaston, joukkueen, perheen tai minkä tahansa ryhmän. Raisio (2010) jatkaa listaa mainiten ihmisen ekosysteemit, julkisen sektorin organisaatiot, terveydenhuoltojärjestelmät, kaupungit ja valtiot. Käytännössä kompleksiset adaptiiviset systeemit eivät siis vaadi johtajaa, jolla on yksinoikeus päätöksentekoon. Itseorganisoituminen ylläpitää monitoimijuutta, jossa päätökset tehdään yhdessä, esimerkiksi organisaation henkilöstön ammattitaidon varassa.

Emergenssi ja itseorganisoituminen ovat kompleksisten adaptiivisten systeemien keskeisiä käsitteitä (esim. Jalonen 2007; Mitleton-Kelly 2003; Sotarauta 1996; Kauffman 1995). Emergenssille on olemassa myös erilaisia suomenkielisiä määritelmiä, kuten muodostuminen, syntyminen, esiin sukeltaminen ja esiin nousu. Käsityksemme mukaan on kuitenkin perustellumpaa puhua emergenssistä, sillä suomennokset eivät pääse käsiksi siihen, mitä mainittu termi perimmiltään tarkoittaa.

Pääsääntöisesti emergenssillä kuvataan ennakoimattomien rakenteiden, ilmiöiden, ominaisuuksien tai prosessien syntymistä eri tekijöiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus puolestaan käynnistää uudenlaista toimintaa ilman, että jälkikäteen pystyy osoittamaan ne tekijät tai henkilöt, jotka ovat uuden toiminnan alullepanijoita (Vartiainen ym. 2013). Emergentit ilmiöt tapahtuvat makrotasolla, mutta nousevat mikrotason prosesseista (Goldstein 1999). Se on siis ilmiö, joka syntyy tyhjästä, kun asiaa katsotaan kokonaisuuden tasolta. Mikrotasolta tarkasteltuna sama ilmiö saattaa olla jopa tietoisen toiminnan tulosta. Juuri emergenssin idea mahdollistaa sen, että kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. Emergenssi ymmärretään usein

virheellisesti sattumaksi, mutta se ei ole sattumaa, vaan vastakohta lineaarisuudelle ja ennustettavuudelle.

Itseorganisoitumisesta on olemassa toisistaan hieman eriäviä tulkintoja. Keskeisimmät suuntaukset ovat Ilya Prigoginen tutkimuksiin pohjautuva itseorganisoituminen dissipatiivisissa systeemeissä, Humberto Maturanan ja Fransisco Varelan kuvaama autopoieisis ja kolmantena Stuart Kauffmanin tutkimukset (ks. tarkemmin Ståhle & Kuosa 2009; Ståhle 2004). Tässä yhteydessä esittelemme itseorganisoitumisen yleiset piirteet.

Itseorganisoitumisen voi tulkita olevan prosessi, jonka kautta emergentit ominaisuudet syntyvät ilman pakottamista tai ohjausta. Itseorganisoituvan systeemin ulkopuoliset tekijät kyllä vaikuttavat prosessiin, mutta eivät ohjaa sitä. Jos voimakasta ulkopuolista ohjaamista tapahtuu, kyse ei ole itseorganisoitumisesta; silloinhan ulkopuoliset tekijät määräisivät suunnan. Itseorganisoituvan systeemin rakenne on seurausta sen vuorovaikutuksesta ympäristönsä kanssa, jolloin organisaation sisäinen rakenne sopeutuu ympäristön muutoksiin. Yksi esimerkki itseorganisoitumisesta on tietyn asian tai ongelman ratkaisemiseksi muodostuva spontaani ryhmä (esim. Lundström 2015; Vartiainen ym. 2013; Mitleton-Kelly 2003). Itseorganisoituminen ilmenee tässä siten, että ryhmän toiminta lähtee liikkeelle ilman asettamista, ohjausta tai pakottamista, sen sijaan ryhmä toimii jäsentensä ammattitaidon, tavoitteiden ja ehtojen varassa. Itseorganisoitumista kuvaava sosiaali- ja terveysalan esimerkki on vaikkapa tilanne, jossa joudutaan nopeasti reagoimaan asiakkaan tai potilaan tilanteeseen. Tuolloin eri ammattiryhmien edustajat voivat spontaanisti yhdistää osaamisensa asiakkaan tilanteen haltuun ottamiseksi. Tämä toiminta ei vaadi käskyä johtajalta, eikä toiminta vaadi määriteltyä johtajuutta vaan saumatonta yhteistyötä kunkin toimijan ammattitaitoon liittyen.

Keskeiseksi kysymykseksi itseorganisoitumisessa muodostuu se, mikä on systeemin ”itse”. Vastaus riippuu pitkälti tarkastelun näkökulmasta. Mikä on esimerkiksi johtajan rooli itseorganisoitumisessa? Johtajahan on samanaikaisesti osa johtamaansa systeemiä ja hänellä on mahdollisuus päättää asioista. Näin ajateltuna johtaja on ensinnäkin osa systeemiä, siis osa itseorganisoitumista, mutta samalla ei, koska hänellä on määräysvalta. Tätä pohdimme

enemmän luvun seuraavassa osiossa kuvaamalla mahdollistavan johtajan roolia itseorganisoitumisessa.

Kun mekanistisessa maailmankuvassa ongelmat nähdään kesyinä, niin kompleksisessa ympäristössä kamppaillaan pirullisten ongelmien kanssa (ks. Rittel & Webber 1973). Tällaiset ongelmat ovat yhteiskunnassamme hyvin yleisiä, mutta niiden tunnistaminen ja tunnustaminen on osoittautunut hankalaksi (Vartiainen ym. 2013). Pirullisia ongelmia on kuvattu monien erilaisten luonnehdintojen kautta (esim. Norton 2005, 2011; Conklin 2005; Rittel & Webber 1973) ja niiden kanssa toimimiseen on laadittu erilaisia strategioita tai toimintamalleja (Roberts 2000; Vartiainen ym. 2013).

Miten pirulliset ongelmat sitten tunnistetaan? Yksi tunnusmerkki on, että niitä ei pystytä lopullisesti ratkaisemaan. Toiseksi, tulkinta oikeasta ratkaisusta on hyvin subjektiivinen. Intressiryhmät ja toimijat näkevät ongelman usein vain oman tulkintansa ja maailmankuvansa kautta. Tästä johtuen niillä ei ole olemassa selkeää ja lopullista määritelmää. Pirullisten ongelmien ratkaisemisessa ei ole mahdollista todeta, että joku ratkaisu olisi oikea tai väärä, mutta ratkaisuista saadaan kuitenkin selville se, onko ratkaisu hyvä vai huono. Edellisten lisäksi jokainen pirullinen ongelma on uniikki, ja usein se on oire jostakin toisesta ongelmasta. Pirulliset ongelmat kuuluvat kompleksiseen maailmankuvaan siinä mielessä, että ne muuntautuvat sitä mukaan, kun niitä yritetään ratkoa. Tässä mielessä voisi jopa puhua pirullisista ongelmista kompleksisuuteen sopeutuvana systeeminä. (Ks. Raisio & Vartiainen 2015.)

Ketkä sitten ratkovat pirullisia ongelmia ja kuka niitä muodostaa? Tyhjästä ne eivät nimittäin synny. Lundström (2015) on tarkastellut tätä pirullisen pelin idean avulla. Pirullisen pelin pelaajat yrittävät ratkoa pirullisia ongelmia. Tässä yhteydessä jokainen pelaaja tuo peliin omat tavoitteensa ja omat näkökulmansa siitä, miten ongelmat tulisi määritellä ja, miten ne tulisi ratkaista. Samalla, kun pelaajat ratkovat eteen tulevia ongelmia, he vahvistavat tai muodostavat uusia pirullisia ongelmia. Tämä johtuu nimenomaan pelaajien subjektiivisista käsityksistä tai pelaajien halusta edistää omaa ratkaisuvaihtoehtoaan muiden vaihtoehtojen tai pelaajien kustannuksella. Tutkimus on osoittanut, että toimiva tapa hallita pirullisuutta tai elää sen kanssa on edetä yhteistyön

kautta osallistamalla laaja toimijajoukko mukaan pohtimaan aihetta ja miettimään mahdollisia ratkaisuvaihtoehtoja (Roberts 2000, Conklin 2005; Clarke & Stewart 2000; Camillus 2008; Raisio 2010; Lundström 2015). Tällöin johtajalle ei lankeaisikaan kontrolloijan roolia (ks. Raisio & Lundström 2013).

Laajan toimijajoukon osallistaminen tuo väistämättä uusia näkökulmia, joita pieni, tarkasti rajattu toimijajoukko ei välttämättä pysty tavoittamaan. Osallistaminen lisää myös päätösten legitimiteettiä, kun päätösten muotoiluun – tai ongelman määrittelyyn – on päässyt osallistumaan pelkkien johtajien lisäksi myös muitakin. Työntekijät eivät näin olisikaan pelinappuloita, vaan heidät otetaan mukaan aktiivisiksi pelaajiksi pirulliseen peliin. (Ks. myös Lundström ym. 2016.) Toisaalta tämä antaa sijaa myös systeemin itseorganisoitumiselle. Ihannetilanteessa työntekijät huomaavat voivansa aidosti vaikuttaa asioihin, jolloin he myös nostavat aktiivisesti omia näkökulmiaan keskusteluihin. Osallistamisella organisatorisessa kontekstissa on siis kahtalainen tavoite pirullisen pelin kautta tulkittuna. Ensinnäkin sillä pyritään vaikuttamaan suoraan ongelman ratkaisuun ja päämäärien muotoiluihin. Toisaalta se vaikuttaa organisaation toimintakulttuuriin, jolloin vaikutus on epäsuorempaa.

Sosiaali- ja terveysjohtamisen kannalta itseorganisoitumisen vahvistaminen ja eri toimijoiden näkeminen pelaajina auttaisi ratkomaan muun muassa palvelujen järjestämisen ja henkilöstön osallistamisen kysymyksiä sekä vahvistaisi eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Toisaalta sosiaali- ja terveysalan pirullisten ongelmien ratkominen käy haastavaksi, mikäli ongelmat nähdään aina jonkin ulkopuolisen tahon aiheuttamaksi, eikä organisaation sisäiseksi toiminnaksi. Uskommekin, että pirullisen pelin idean soveltaminen auttaa ymmärtämään, millainen rooli eri toimintaprosesseilla on ongelman syntymiseen ja ratkaisemiseen (Lundström ym. 2016).

Emergenssin pimeä puoli

Seuraavaksi pohdimme sitä, miltä epäsuotuisat yhteiskunnalliset tai organisatoriset tilanteet näyttävät kompleksisuuden näkökulmasta. Kirjallisuudessa on pääasiassa painotettu itseorganisoitumisen ja emergenssin positiivisia puo-

lia, joiksi luetaan esimerkiksi innovaatiot, kehittämistoiminta tai kansalaisten osallistuminen (Lundström 2015). Liian vähän on puhuttu siitä, millaisia haitallisia vaikutuksia emergenssillä voi olla. Näitä haittavaikutuksia tuo esiin käsite pahan emergenssi (*emergence of evil*), jota voisi myös luonnehtia emergenssin pimeäksi puoleksi. Emergenssin ja organisatorisen toiminnan pimeän puolen merkitykseen on havahduttu vasta viime vuosina (esim. Lindstead, Maréchal & Griffin 2014; Jalonen ym. 2013; Bella 2006). Toisaalta Hannah Arendtin klassikkokäsitettä banality of evil (pahan banaliteetti) voidaan pitää hyvin samansisältöisenä kuin pahan emergenssiä.

Pahan emergenssi voidaan määritellä suureksi harmiksi, uhkaksi tai vaaraksi (Bella 2006). Kyseessä on epälineaarinen ja itseohjautuva toimintadynamiikka, joka saa systeemissä aikaan ei-toivottuja negatiivisia seuraamusketjuja. Kun jotakin ikävää tapahtuu, on yksittäisten ihmisten syyttely kokonaisuuden tai toimintaprosessin kannalta usein turhaa ja jopa haitallista. Tämä johtuu siitä, että yksilöt nojaavat toiminnassaan omaan ympäristöönsä ja siinä vallalla oleviin malleihin. Joskus tietty toiminta on omassa kontekstissaan sallittua, jopa toivottavaa, joskus taas paheksuttavaa (Bella, King & Kailin 2003). Käytännössä pahan emergenssi voi muodostua työyhteisöihin vallitsevaksi, vaikkakin kirjoittamattomaksi käyttäytymiskoodistoksi.

Emergenssiä on tarkasteltava osana kokonaisuutta. Tämä oletus antaa organisaatioiden ongelmien käsittelylle uuden näkökulman. Ts. emme voi lähteä liikkeelle siitä, että ongelmat tai tässä tapauksessa ”paha” olisi lähtöisin pahoista ihmisistä – se olisi liian helppo selitys. Päinvastoin, meidän on todettava, että organisaatioissa ilmenevä paha voi olla lähtöisin kenestä tahansa normaalista, ahkerasta ja hyvää tarkoittavasta ihmisestä. Syynä siihen, että yhteisöissä voi syntyä pahan kierre johtuu systeemisestä emergenssistä, joka saa ihmiset toimimaan jopa vastoin omia periaatteitaan. Bella ym. (2003) antavat esimerkin Stanley Milgramin tunnetusta kokeellisesta tutkimuksesta, jossa osallistujille annettiin opettajan rooli. Kyseisessä koetilanteessa opettajan roolissa olevat saivat kokeen suorittajilta tiukat ohjeet antaa oppilaalle sähköisku aina, kun oppilas vastasi väärin. Iskujen voimakkuus koveni jokaisen väärän vastauksen myötä. Monet opettajan roolissa toimivista osallistujista epäröivät

kokeen jatkamista, kun oppilas ”kiljui” kivusta – oppilaan toki ollessa todellisuudessa näyttelijä. Tästä huolimatta yli 60 % ”opettajista” jatkoi kokeen loppuun, kun tutkimuksen toteuttamisen kerrottiin sen sallivan ja edellyttävän. Bella kutsuu kyseistä ilmiötä kontekstin muotoilemaksi käyttäytymiseksi, jossa tilanne ja konteksti muodostuvat käyttäytymistä voimakkaasti ohjaavaksi toimintamalliksi. Tässä esimerkissä koetilanne ja sen konteksti oli suunniteltu ja kontrolloitu, mutta organisaatioissa emergenssi ja myös emergenssin pimeä puoli muodostuvat kontekstissa, jossa on paljon suunnittelemattomia osa-alueita. Siksi on vaikea ennustaa, milloin emergenssi aiheuttaa positiivisia ja valoisia asioita ja milloin negatiivisia ja pimeitä.

Sosiaali- ja terveysjohtamisen näkökulmasta edellinen esimerkki voi tarkoittaa, että jos yhteisön toiminnalliseksi kontekstiksi muodostuu kulttuuri, jossa sallitaan epätarkoituksenmukaiset toimintatavat, professioiden väliset ristiriidat tai asiakkaiden laiminlyönti, voi kuka tahansa normaali, ahkera ja hyvää tarkoittava työyhteisön jäsen lähteä tähän mukaan. Pahan emergenssi pääsee vallalle ja muodostaa poikkeavasta ja ei-toivotusta ilmiöstä säännön, jota noudatetaan ilman kyseenalaistamista. Tähän seikkaan ei johtamisen tutkimuksessa ja kehittämisessä ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. On syytä kysyä, millaisia ovat seuraukset, jos konteksti määrittelee pahan normaaliksi toiminnaksi, sillä jokainen yksilö löytää hyviä perusteluja omalle käyttäytymiselleen juuri kontekstista. Pahan emergenssillä on nähtävissä yhtymäkohtia viime aikoina uutisoituihin tapauksiin mielenterveyspotilaiden ja vanhusten kaltoinkohtelusta. Kyseisistä uutisista välittyy viesti toimintatavoista, jotka ovat tehneet organisaation ei-toivotusta toiminnasta ”yleisesti hyväksyttyä ja normaalia toimintaa” ja päästänyt samalla pahan emergenssin valoilleen.

Edellä esitetyt näkemykset eivät kiellä sitä, että aina on olemassa ihmisiä, jotka tekevät pahoja asioita tietoisesti ja harkiten. Ne osoittavat kuitenkin, että monesti organisaatioissa lähdetään mukaan ongelmia tuottavaan käyttäytymiseen, kun konteksti tai jopa johtamismalli määrittelee kyseisen toiminnan sallituksi. Katsommekin, että emergenssin pimeää puolta on syytä lähestyä kontekstisidonnaisena ja vahvasti systeemisenä kysymyksenä. Pohdimme pa-

han emergenssiä johtamisen näkökulmasta 'Kompleksisuusjohtajuuden haasteet' -luvussa.

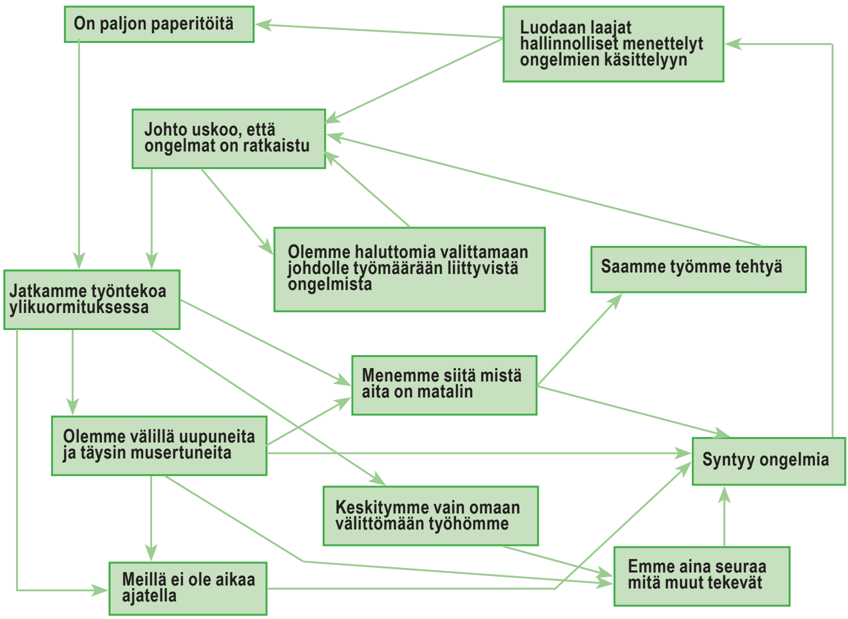
Esimerkki 2. Miksi etsimme aina syyllisiä?

Friedman, King ja Bella (2007) kuvaavat artikkelissaan seuraavankaltaisen fiktiivisen esimerkin. Arvostetussa sairaalaorganisaatiossa tapahtuu rutiinileikkauksen yhteydessä merkittävä hoitovirhe. Reaktiona korvauskäsittelyihin ja tapauksen saamaan mediahuomioon päättää sairaalan johtokunta toteuttaa selvityksen organisaatiossa mahdollisesti tapahtuneista piiloon jääneistä hoitovirheistä. Selvityksen myötä näiden virheiden huomataankin olleen hyvin yleisiä. Ongelmaa käsittelemään perustetaan henkilökunnasta koostuva työryhmä. Puolen vuoden työn päätteeksi työryhmä esittelee ratkaisuna yli 100 pientä ja suurta muutosta, joita lähdetään fanfaarien saattelemana toteuttamaan. Pettymykseksi tilanne ei kuitenkaan juurikaan parane ja ongelmat jatkuvat. Mitä jos nämä muutokset eivät riitäkään, koska kyse ei ole yksittäisistä korjattavista ongelmista, vaan pikemminkin systeemisestä ilmiöstä?

Friedman ym. asettavatkin vastakkain lineaarisen ja systeemisen tavan käsitellä asiaa. Lineaarinen etenemistapa kuvaa sitä, kuinka helppo on lähteä hakemaan syyllisiä ja etsiä yksinkertaisia kausaalisuhteita. Esimerkki tästä on seuraavanlainen päättelyketju:

Tietyt henkilökunnan jäsenet ovat huolimattomia, epäpäteviä ja heiltä puuttuu ammattimainen asenne → Siksi he hutiloivat, ovat ajattelemattomia ja yhteistyökyvyttömiä → Syntyy ongelmia

Systeeminen toimintatapa auttaa puolestaan huomaamaan sen, kuinka hyödytöntä yksinkertaisten syyseuraussuhteiden ja syyllisten etsintä todellisuudessa voikaan olla. Friedman ym. visualisoivat systeemisen toimintatavan kuviossa 2. Kuviota luetaan siten, että eteenpäin mennessä sanotaan "siksi" ja taaksepäin mennessä "koska". Kuvion tarkoituksena on tuoda osaltaan esille sitä, miksi hyvääkin tarkoittavat ihmiset voivat toimia ikävin seurauksin (esim. hoitovirheet/potilaiden kaltoinkohtelu). Systeemistä ilmiötä onkin vaikea redusoida yksittäisiin tapahtumiin tai ihmisiin. Asiaa hankaloittaa



Kuvio 2. Syyllisten etsimisestä systeemien hahmottamiseen (Friedman ym. 2007)

vielä se, että henkilöitä jotka yrittävät kyseenalaistaa vallitsevan toimintakontekstin, pidetään usein häirikköinä ja ongelmien tuottajina. Tällöin syntyy Friedmanin ym. kuvaama tietoinen, mutta helposti perusteltavissa oleva organisatorinen sokeus. Kuulostaako tutulta?

Johtaminen ja kompleksinen maailmankuva

Kompleksisuusajattelun yleistyminen osana johtamistutkimusta on luontevaa, koska yhteiskunnan ja organisaatioiden eri alueet ovat entistä enemmän toisiinsa kietoutuneita (ks. Hanén & Huhtinen 2011). Tästä johtuen monien asioiden ja ilmiöiden kompleksisuus lisääntyy jatkuvasti. Käytännön johtamisen toimintamallit eivät ole pysyneet tämän kompleksisuuden kasvun muka-

na (Uhl-Bien, Marion & McKelvey 2007; Weberg 2012; Vartiainen ym. 2013; Raisio & Lundström 2015). Kuten edellä todettiin, on johtaminen, erityisesti terveydenhuollossa, edelleen mekanistiseen maailmankuvaan sitoutunutta. Tämä ilmenee esimerkiksi vahvoina hierarkioina, hallinnollisina siiloina, ylhäältä alaspäin johdettuna toimintana ja tavoitteena hallita sekä kontrolloida organisaatioiden toimintaa (Hanson & Ford 2010). Mekanistiseen maailmankuvaan sitoutuneista johtajista käytämme tässä nimitystä kontrolloija (Plowman ym. 2007a; Raisio & Lundström 2014).

Kontrolloijalla viitataan muodollisessa asemassa olevaan johtajaan, joka näkee kompleksisuuden ilmiönä, jota voi hallita ja suitsia. Kontrolloija ei hyväksy tai ymmärrä kompleksisuuden perusperiaatteita, vaan näkee organisaation rutiininomaisena, luotettavasti ja ennustettavasti toimivana kellokoneistona (Richardson 2008). Hän uskoo, että kun asiat on suunniteltu hyvin ja toiminta on vahvasti ohjattua, voidaan kaikki negatiiviset konfliktit ja yllätykset välttää ja edetä ennalta tehtyjen suunnitelmien mukaan. Mikäli konflikteja työyhteisössä kuitenkin ilmenee, ajatellaan kontrollointia korostavassa organisaatiossa, että johtaja ei ole tehnyt työtään riittävän hyvin (ks. McDaniel, Jordan & Fleeman 2003; Andrade, Plowman & Duchon 2008).

Kontrolloija pitää kohtaamiaan ongelmia kesyinä tai kriittisinä ja pyrkii ratkaisemaan ne lineaarista mallia noudattaen. Hän ei ole valmis muuttamaan johtamistapojaan käsillä olevien ongelmien mukaisesti (ks. Grint 2005). Ristiriita todellisuuden, eli kompleksisen toimintaympäristön, ja kontrolloijan toiminnan, eli kompleksisuuden hallitsemistavoitteiden välillä on suuri. Tämä ristiriita voi lopulta johtaa siihen, että johtajat kokevat riittämättömyyden tunteita, turhautumista ja suoranaista tuskaa, kun todellisuutta ei voikaan hallita, kuten he ovat olettaneet (ks. Conklin 2005). Kompleksisuusajattelussa onkin ryhdytty korostamaan johtamisoppeja, joiden keskiössä ovat mahdollistavat johtajat (esim. Plowman ym. 2007) ja kaaospilotit (Raisio & Lundström 2014; Lundström 2015; Raisio & Lundström 2015). Käsittelemme näitä johtamismalleja jäljempänä.

Käsiteltäessä kompleksisuusjohtajuuden teoriaa, on hyvä huomioida sen kytkennät muihin samankaltaisiin johtamisteorioihin kuten jaettuun johta-

juuteen. Lichtensteinin ym. (2006) mukaan kompleksisuusjohtajuuden teorian tärkeä saavutus on sen luoma viitekehys, joka yhdistää eri teorioissa esiin nostetut selitysmallit dynaamisista vuorovaikutusprosesseista ja niiden merkityksestä organisaatioissa.

Kuvaamme seuraavaksi kompleksisuusjohtajuuden teorian keskeisen sisällön keskittymällä erityisesti emergenssin johtajuuteen. Tämän jälkeen rakennamme olemassa olevien perustuksien varaan, syventymällä Bellan (2006) kuvaamaan emergenssin kääntöpuoleen. Edellisessä luvussa kuvatun mukaisesti, myös johtajuuteen liittyvässä kompleksisuusteoreettisessa kirjallisuudessa emergenssi on nähty pääasiassa positiiviseksi ilmiöksi. Pyrimme korjaamaan tätä harhaa. Jatkamme myös Hannah Arendtin ajatuksilla, kytkemällä toisiinsa pahan emergenssin ja julkisen hallinnon synkän ajan käsitteet.

Kompleksisuusjohtajuuden teoria ja emergenssin johtajuus

Jos hyväksymme kompleksisuustieteiden keskeiset periaatteet, muuttuu käsityksemme sekä johtajista että johtamisesta. Tällöin johtaminen nähdään kompleksisena ja dynaamisena prosessina (Lichtenstein ym. 2006), jota ei voi kytkeä yksittäisiin johtajiin, vaan ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Toisin sanoen, johtaminen ja johtajuus eivät synny ihmisissä itsessään, vaan ihmisten välillä. Johtajuus on tällöin edellisessä luvussa esitetyn mukainen emergentti ilmiö.

Kompleksisuusjohtajuus muuntaa johtamiskäytäntöjä monella tapaa (ks. Lichtenstein ym. 2006; Hanson & Ford 2010). Tärkeintä on, että johtajakeskeinen näkemys heikentyy, koska johtajuutta ei kytketä pelkästään muodollisessa asemassa toimiviin henkilöihin. Kompleksisuusjohtajuuden premissien mukaisesti kuka tahansa voi olla johtaja – johtamisroolit muuttuvat tilanteiden ja tarpeiden mukaan. Lichtensteinin ym. (2006, 8) mukaan edellä kuvattu haastaa perinteisen voimaantumisen idean: ”**More than simplistic notions of empowerment, this approach encourages all members to be leaders – to “own” their leadership within each interaction, potentially evoking a much broader array of responses from everyone in an organization**”.

Kompleksisuusjohtajuus siirtää myös vastuuta organisaation eri tasoille ja vähentää muodollisessa asemassa olevien johtajien kontrollointiin ja hallintaan liittyviä paineita. Pohjimmiltaan kyse on uusista kompleksisuuden maailmankuvan käsitteisiin kytketyistä johtamiskompetensseista. Hanson ja Ford (2010, 6594) tiivistävät nämä kompetenssit seuraavasti: ”*Complexity leader competencies are more about managing organizational dynamics and enabling informal initiative, than about directing member behavior; they are more about "letting go" rather than controlling, as well as bringing the full power of the aggregate mind to bear on emerging issues.*”

Kompleksisuusjohtajuuden teoria muodostuu kolmesta toisiinsa kietoutuneesta johtajuustyypistä: hallinnollinen johtajuus (*administrative leadership*), adaptiivinen johtajuus (*adaptive leadership*) ja mahdollistava johtajuus (*enabling leadership*) (Uhl-Bien, Marion & McKelvey 2007; Uhl-Bien & Marion 2009). Kuvaamme ne seuraavaksi lyhyesti, jonka jälkeen keskitymme yksityiskohtaisemmin emergenssin johtajuuden kannalta relevanttiin mahdollistavaan johtajuuteen.

Hallinnollisella johtajuudella tarkoitetaan organisaation virallista johtamis- ja päätöksentekorakennetta. Huomio on tällöin muodollisissa johtaja- ja esimiesasemassa olevissa tahoissa ja heidän toiminnoissaan. Adaptiivisella johtajuudella viitataan puolestaan edellä esitettyyn ihmisten välillä tapahtuvaan epämuodolliseen dynaamiseen vuorovaikutukseen ja siitä syntyvään emergenttiin muutokseen. Mahdollistava johtajuus toimii näiden kahden johtajuustyypin välissä ikään kuin yhtymäkohtana, lisäten hallinnollisen johtajuuden ja adaptiivisen johtajuuden välistä yhteenkietoutuneisuutta (*entanglement*). Mahdollistavan johtajuuden rooli on näin ollen kahdenlainen: 1. luoda mahdollistavat olosuhteet adaptiivisen johtajuuden synnylle, 2. pyrkiä fasilitoimaan adaptiivisen johtajuuden kautta syntynyttä luovuutta ja tietoa hallinnollisiin rakenteisiin ja viralliseen johtamisjärjestelmään.

Uhl-Bien ja Marion (2009) kuvaavat mahdollistavan johtajuuden roolia neljän skenaarion kautta. Ensimmäisessä skenaariossa edellä kuvatut adaptiivinen johtajuus ja hallinnollinen johtajuus ovat niin yhteenkietoutuneita, että mahdollistavaa johtajuutta on vaikea erottaa omaksi johtamistyypikseen. Toi-

sessa skenaariossa mahdollistavan johtajuuden rooli on selkeä tilanteissa, joissa vahva hallinnollisuus tukahduttaa adaptiivisuuden. Mahdollistavan johtajuuden tehtävänä on tällöin edistää ja suojella adaptiivisia prosesseja. Kolmas skenaario liittyy tilanteeseen, jossa adaptiivisuus kyllä kukoistaa organisaatiossa, mutta sen synnyttämää luovuutta on vaikea syöttää takaisin hallinnollisiin toimintamalleihin. Jos tässä ei onnistuta saatetaan kaikki syntynyt innovatiivinen ja adaptiivinen kapasiteetti menettää. Mahdollistavan johtajuuden tehtävänä on toimia rajapintana, joka auttaa innovaatioiden ja vallitsevien rakenteiden ja toimintatapojen yhdistämistä. Neljänneksi, hallinnollinen johtajuus ja adaptiivinen johtajuus voivat molemmat toimia hyvin, mutta niitä ei kuitenkaan ole riittävän hyvin integroitu keskenään. Mahdollistavan johtajuuden tehtävänä on tällöin edistää näiden välistä virtausta (*flow*).

Plowmanin ja Lichtensteinin (2009) kuvaama emergenssin johtajuus antaa edellistä yksityiskohtaisemman kuvan mahdollistavasta johtajuudesta. Mahdollistamisella viitataan tässä yhteydessä siihen, että johtajat pyrkivät mahdollistamaan oikeanlaisten olosuhteiden syntymisen itseorganisoitumiselle ja emergenssille. Kuvaamme seuraavaksi emergenssin johtajuuden viitekehyksen (Plowman ym. 2007a; Plowman ym. 2007b; Lichtenstein & Plowman 2009). Viitekehys pohjautuu erilaisiin organisaatioiden muutostilanteisiin, joissa perinteinen ymmärrys johtajuudesta ei ole täysin kyennyt selittämään tapahtunutta muutosta.

Taulukossa 2 on kuvattu mahdollistamisen viitekehys, jossa emergenssin syntymistä edellyttäviä johtajien toimintamalleja on kuvattu neljän systeemisen olosuhteen kautta (Lichtenstein & Plowman 2009). Ensimmäinen olosuhde painottaa epätasapainotilaa (kaaoksen reuna), joka voi johtua esimerkiksi organisaation ulkopuolelta tulevista uhkista, joihin organisaation on reagoitava. Mahdollistavan johtajan tehtävänä on tällöin toisaalta hyväksyä epävarmuus sekä nostaa mahdolliset konfliktit keskusteluun. Tarkoituksena on sysätä organisaatiota kohti epätasapainoa (ks. McDaniel, Jordan & Fleeman 2003; Andrade, Plowman & Duchon 2008), jolloin erilaisten jännitteiden esiin nostaminen ja käsittely aiheuttavat organisaatiossa positiivisen muutosvoiman. (Lichtenstein ym. 2006).

Toisessa vaiheessa, organisaation siirtyessä kauas tasapainosta, johtajan tehtävänä on mahdollistaa positiivisen muutoksen vahvistuminen. Kompleksisuusajattelussa puhutaan tällöin positiivisesta palauteprosessista, joiden myötä pienetkin teot voivat laajentua koko organisaatiota koskettaviksi epälineaarisiksi muutosprosesseiksi. Tätä edistääkseen mahdollistavat johtajat voivat kannustaa kokeiluihin, tiiviiseen vuorovaikutukseen sekä kollektiiviseen toimintaan. Esimerkiksi Arena ja Uhl-Bien (2016) kuvaavat kuinka kompleksisuusjohtajuuden teoria haastaa yksilöllisen inhimillisen pääoman ja korostaa sen sijaan sosiaalisen pääoman merkitystä. Tunnettu Putnamilainen (2000) ajattelu jakaa sosiaalisen pääoman sitovaan ja yhdistävään sosiaaliseen pääomaan. Sitova (*bonding*) sosiaalinen pääoma on sosiaalisten siteiden rakentamista ryhmän sisällä. Yhdistävä (*bridging*) sosiaalinen pääoma tarkoittaa puolestaan vastavuoroisten suhteiden rakentamista eri ryhmien välille. Tällöin mahdollistava johtaja voi vahvistaa kollektiivista toimintaa lisäämällä sosiaalista pääomaa erityisesti eri ryhmien välillä.

Taulukko 2. Johtajien rooli emergenssin mahdollistamisessa (mukaillen Lichtenstein & Plowman 2009, 621)

Johtajien toimintamallit	Systeemiset olosuhteet	
I Häiritse olemassa olevia malleja ja rakenteita Hyväksy epävarmuus Tuo konfliktit esille ja luo ristiriitoja	Epätasapainon tila	
II Kannusta uutuuteen Salli kokeilut ja epävakaisuus Kannusta runsaaseen vuorovaikutukseen → Tue kollektiivista toimintaa	Vahvistavaa toimintaa	Uusi emergentti järjestys
III Merkityksellistäminen / merkitysten antaminen Luo korrelaatiota kielen ja symbolien kautta Resurssien rekombinaatio Leimautuminen (tagging)	Itseorganisoituminen	
IV Vakauttavien palauteprosessien johtaminen Integroi paikalliset rajoitteet	Vakauttaminen	

Kolmas systeeminen tila on organisaation itseorganisoituminen uuden järjestyksen tasolle. Tässä vaiheessa on tärkeätä antaa tuleville muutoksille merki-

tys, jonka varassa organisaation jäsenet voivat ymmärtää tulevan muutoksen ja sen tarkoituksen. Merkityksen antamisessa auttaa se, että puhutaan samaa kieltä ja ymmärretään käytetyt käsitteet. Ymmärtämistä voidaan helpottaa esimerkiksi erilaisilla symboleilla tai metaforilla. Mahdollistavan johtajan tulee uskaltaa olla muutosprosessia eteenpäin vievä voidakseen toimia muutoksen salliman itseorganisoitumisen eteenpäin viejänä. Viimeinen systeeminen muutosvaihe on vakauttaminen. Vakauttamisen tarkoituksena on tasapainottaa organisaation toimintaa niin, että se ei jatkuvasti häily kaaoksen reunalla (ks. Raisio & Lundström 2015).

Siinä missä mekanistisen maailmankuvan johtajien toimintaa leimaa kontrolli, leimaa kompleksisen maailmankuvan johtajan toimintaa mahdollistavan kaaospilotin rooli (ks. Plowman ym. 2007a; Raisio & Lundström 2015). Mahdollistavan johtajan tehtävänä ei ole systeemin tasaisen toiminnan varmistaminen. Hänen tehtävänään on sen sijaan häiritä systeemiä, ja saada se löytämään uusi emergentti järjestys. Kontrolloinnin sijaan mahdollistava johtaja kannustaa erilaisia ryhmiä löytämään omat työskentelytapansa, antaa niiden itseorganisoitua ja jopa muokata koko organisaatiokulttuuria. Kun lopulta uusi järjestys on syntynyt alhaalta ylöspäin, pyrkii mahdollistava johtaja parhaansa mukaan edesauttamaan sitä, että muutos todella toteutetaan, vaikka ei olekaan täysin varma uuden järjestyksen lopputuloksesta. Hän myös ymmärtää, että vaikka itseorganisoitumista kannustetaan, ei se sulje pois esimerkiksi strategista suunnittelua ja mallintamista. Mahdollistavalla johtajalla on myös ymmärrys siitä, että konfliktit ja odottamattomat seuraukset johtuvat kompleksisten systeemien peruspiirteistä, eivätkä ole (usein) kenenkään syytä.

Sosiaali- ja terveysalan organisaatioita ajatellen tulee väistämättä mieleen kysymys: kannattaisiko uudessa sote-järjestelmässä tavoitella mahdollistavan johtamisen idean soveltamista? Tällä hetkellä kyseiset organisaatiot ovat tilanteessa, jossa epävarmuus, mutta samalla vanhat rakenteet ja toimintatavat, ovat hallitsevia tekijöitä. Tuntuu oudolta, että tässä tilanteessa organisaatioita tulisi työntää epätasapainoon (kaaoksen reunalle), mutta todellisuudessa se on parasta, mitä johtaja voi tehdä. Epätasapainon tilassa uusien asioiden käsittely vie prosessia eteenpäin, kohti uusien ideoiden ja asioiden toteuttamista, itse-

organisoitumista ja lopuksi vakauttamista. Voidaan saavuttaa uusi emergentti järjestys, jossa sosiaali- ja terveysalan johtamiskäytäntöjen ja valtarakenteiden hierarkkisuutta kavennetaan ottamalla käyttöön mahdollistavat ja kaaospilottimaiset toiminta- ja johtamismallit.

Kompleksisuusjohtajuuden haasteet

Kompleksisuusjohtajuuden teoria suhtautuu emergenssiin yhtä suopeasti kuin kompleksisuustieteet laajemminkin, eli emergenssi nähdään lähes yksinomaan uutta luovaksi ja positiiviseksi asiaksi. Tämä vääristää ja yksipuolistaa emergenssin merkitystä ja haastaa organisaatioiden johtamisen. Olemme sitä mieltä, että kompleksisuuden johtajan on syytä ymmärtää myös emergenssin pimeä puoli. Ymmärryksen kasvu auttaa johtajaa hahmottamaan emergenttien negatiivisten ilmiöiden taustaa ja vähentämään lineaarista reduktionistista ajattelua, joka ilmenee Bellan (esim. King, Down & Bella 2002; Bella, King & Kailin 2003) kuvaamana syyttelypelinä (*blame game*). Sen sijaan, että johtaja etsii syyllisiä, jos jotakin ei-toivottua tapahtuu, tulisi hänen pyrkiä selvittämään, mitkä systeemiset tekijät ovat vaikuttaneet kyseisen tapahtuman syntymiseen. Mitleton-Kelly (2015) kuvaa kyseistä prosessia termeillä "yhteisen ongelma-avaruuden hahmottaminen" ja "piilevä yhteenkietoutuneisuus". Keskeistä syyttelypelin välttämisessä on kuunteleminen, ei syytösten esittäminen.

Edellisessä luvussa kerrottiin, että emergenssin pimeä puoli kytkeytyy Hannah Arendtin käsitykseen pahan banaaliudesta. Jatkamme Arendtin (1968) näkemysten käsittelyä ottamalla mukaan näkemyksen ajattelun merkityksestä synkkinä aikoina (thinking in dark times), jota on sovellettu myös hallintotieteellisessä tutkimuksessa. (Stivers 2008; Nabatchi, Goerdel & Peffer 2011.) Vaikka monien synkiksi kokemat tapahtumat ja ilmiöt – esimerkiksi terroriteot, etniset konfliktit, eriarvoisuuden kasvu ja ilmastonmuutos – ovat osa tätä synkkyyttä, ne ovat kuitenkin vain pinnalla näkyvä osa. Arendt tarkoittaakin synkkyydellä jotain fundamentaalisempaa; aktiivisen ja eläväisen julkisen maailman häviämistä. Tämän maailman häviäminen on johtanut siihen, että ihmisistä on tullut kyvyttömämpiä käsittelemään yhteisiä asioita ja

rakentamaan niistä yhteistä ymmärrystä. Pahimmillaan synkät ajat näyttäytyvät ajattelun poissaolona (*non-thinking*). Toisin sanoen ihmisten kykenemättömyytenä itsenäiseen kriittiseen ajatteluun ja erimielisyyksien käsittelyyn (esim. Morgan 2016). Stivers (2008, 13) esittää asian seuraavasti:

> *"In sum, dark times are darker than we know. They make us want to cling together and stamp out disagreement (as when "patriotism" requires refraining from criticism). Worse, dark times drive us apart, so that each of us retreats into a private world and bars the door against politics. The darkness of the threat of terrorism is immediate, but equally profound is the darkness of a lost public world."*

Yhdeksi synkkien aikojen katalysaattoriksi on määritelty julkishallinnon byrokraattisen eetoksen korostumisen (Nabatchi, Goerdel & Peffer 2011). Kyseinen eetos viittaa oletukseen, jonka mukaan hallinnolliset toimintatavat saattavat myötävaikuttaa julkisen maailman rapautumiseen. Tällöin vallalla olevat teknokraattiset arvot, kuten tehokkuus, taloudellisuus, asiantuntijavalta tai nopea päätöksenteko korostuvat demokraattisten arvojen, kuten avoimuuden, yhtäläisten mahdollisuuksien, oikeudenmukaisten menettelytapojen ja erityisesti kansalaisosallistumisen kustannuksella. Julkishallinnon demokraattinen eetos viittaa puolestaan julkishallinnon historialliseen tehtävään, eli vastuuseen demokraattisten prosessien ja kansalaistaitojen ylläpitämisestä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hallinnon prosessien tulisi noudattaa demokratian arvoja, eikä kansalaisosallistuminen saisi olla vierasta julkishallinnon toiminnoille.

Sosiaali- ja terveysorganisaatioissa edellä kuvattu muokkaa johtamisen käytäntöjä siten, että saadaan aikaan selkeä siirtymä byrokraattisesta eetoksesta demokraattiseen eetokseen. Demokraattisen eetoksen keskeisiä elementtejä ovat osaamisen jakaminen, tasavertaisuus ja vaikuttavuuden tavoittelu organisaation jäseniä, palveluiden käyttäjiä ja erilaisia sidosryhmiä kuuntelemalla. Näkemyksemme mukaan kompleksisuuden hyväksyvä johtaminen hyötyisi enemmän demokraattisen eetoksen korostamisesta kuin byrokraattisen eetoksen korostamisesta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kaikki hierarkkisuuteen ja toimivaan byrokratiaan liittyvät elementit tulisi hylätä.

Päinvastoin, oletamme, että löytämällä tasapainon esimerkiksi tehokkuuden ja tasavertaisuuden tai ammattiosaamisen ja palveluiden käyttäjien osallistumisen välillä, päästään aktiivisesti toimivaan kompleksisuuden johtamiseen.

Vaikka edellä kuvattu julkisen hallinnon synkkä aika käsittelee enemmänkin yhteiskunnallista tasoa, on asia relevantti myös organisaatioiden ja niiden johtamisen kannalta; ehkä jopa relevantimpi. Esimerkiksi Ellerman (2009) on kysynyt osuvasti, onko demokratiateoria unohtanut organisaatiot. Hän nostaa esille organisaatioiden olevan lähtökohtaisesti epädemokraattisia (ks. myös Landemore & Ferreras 2016). Toiminta perustuu työnantaja–työntekijä-suhteisiin sekä hierarkkisuuteen ja ylhäältä johtamiseen. Jos ihmiset viettävät ison osan valveillaoloajastaan kyseisen kaltaisessa toimintaympäristössä, on syytä kysyä Ellermanin (2009) tavoin, miten se heijastuu ihmisten aktiivisuuteen organisaatioissa ja yhteiskunnallisessa toiminnassa?

Bellan (King, Down & Bella 2002; Bella, King & Kailin 2003) kuvaama syyttelypeli osoittaa sen, että synkät ajat koskettavat erityisesti organisaatioita; käsite kuvaa juuri tätä yhteisen ”tilan” ja ajattelun puuttumista organisatorisella tasolla. Aktiivisen ja eläväisen toimintaympäristön puute on johtanut siihen, että organisaation toimijoista on tullut kyvyttömämpiä käsittelemään yhteisiä asioita ja rakentamaan niistä yhteistä ymmärrystä. Kun näin on käynyt, se on samalla katalysoinut pahan emergenssin muodostumista.

Nostamme esiin deliberatiivisen (keskusteleva/puntaroiva) organisaatiodemokratian yhtenä keinona pahan emergenssin taltuttamiseksi ja synkkien aikojen poistamiseksi organisaatioista (ks. Lindell 2013; Jekunen ym. 2013). Tässä yhteydessä deliberatiiviseksi ymmärretään toiminta, jossa organisaatiossa toimivilla ihmisillä on yhtäläinen ja poissulkematon oikeus osallistua työyhteisön kehittämiseen. Tämä taataan kolmella deliberatiivisuuden varmistavalla asialla, joita ovat edustavuus, tasapuolisuus ja vaikuttavuus (Carson & Hartz-Karp 2005).

Edustavuus tarkoittaa, että eri tilaisuuksiin, deliberatiivisiin malleihin ja muihin kehittämistoimenpiteisiin valitut henkilöt edustavat työyhteisöjään mahdollisimman monipuolisesti. Keskeistä on myös palveluiden käyttäjien ja sidosryhmien osallistuminen. Tavoitteena on aito moniäänisyys. Tasapuo-

lisuudella taataan eri tilanteiden ja kehittämistoimien laadukkuus. Osallistujat saavat objektiivista ja relevanttia tietoa organisaationsa toiminnasta ja kehittämistarpeista. Keskustelutilanteet rakennetaan monipuolisiksi siten, että kannustetaan argumentointiin (perustelu) ja vasta-argumentointiin. Lisäksi korostetaan osallistujien sitoutumista, joka tarkoittaa sitä, että he sitoutuvat aidosti punnitsemaan toistensa argumentteja. Kolmantena deliberatiivisuuden varmistajana on pyrkimys vaikuttavuuteen. Tavoitteena ei siis ole käynnistää pelkkää vuoropuhelua, vaan löytää vastauksia ja ratkaisumalleja sekä toteuttaa löydetyt ratkaisut työyhteisön kehittämiseksi. Uskomme, että kompleksisuuden johtamista avaavien käsitteiden sisäistäminen edesauttaa mahdollistavan johtajuuden käyttöönottoa, joka puolestaan edesauttaa pahan emergenssin ja koko julkisen hallinnon synkän ajan lieventämistä. Käytännöllisinä toimintamalleina voivat toimia sekä deliberatiivisten menetelmien yleistyminen että itseorganisoitumisen vahvistaminen sallimalla pelinappuloiden muuntuminen pelaajiksi.

Esimerkki 3. Aitoa moniäänisyyttä Terveysdynamolla

Otamme esimerkin Vaasan keskussairaalasta, jossa onkologian klinikan ylilääkäri halusi murtaa erikoissairaanhoidon vahvat hierarkiat ja ottaa klinikan kehittämiseen mukaan laajan joukon eri tahoja. Hän suuntasi klinikan toimintaa kohti epätasapainoa lähtemällä toteuttamaan Terveysdynamoa, puntaroivan demokratian ihanteeseen pohjautuvaa demokratiainnovaatiota (ks. Jekunen ym. 2013).

Terveysdynamon tehtävänä oli käsitellä neljän iltapäivän ajan kysymystä siitä, kuinka klinikasta saadaan Suomen paras keskussairaalatason onkologian klinikka. Osallistujia oli 20 ja he muodostivat klinikan ja sen sidosryhmät pienoiskoossa. Mukana oli edustajia klinikan kaikista ammattiryhmistä siistijästä erikoislääkäreihin sekä potilaita ja syöpäjärjestöjen edustajia. Osallistujat kuulivat ja tenttasivat kolmea asiantuntijaa, keskustelivat fasilitaattoreiden johdolla, analysoivat omia ja asiantuntijoiden esiin nostamia näkemyksiä ja laativat lopuksi yhteisen toimenpidesuunnitelmansa.

Terveysdynamo ei jäänyt pelkäksi näennäisvaikuttamiseksi, vaan sillä oli vaikutusta klinikan toimintaan. Paitsi että toimenpidesuunnitelman ehdotuksia lähdettiin toteuttamaan, oli tämänkaltaisella osallistumisella myös selkeä itseisarvo. Kuten yksi osallistuja kertoi: ”Tällainen motivoi henkilökuntaa, koska saavat olla mukana suunnittelemassa omaa työtään”. Toinen jatkoi, että ”... uskalsi osallistua, kaikkia pidettiin tasa-arvoisina toimijoina.” Ylilääkäri itsekin totesi innon yhdessä toimimiseen olleen käsinkosketeltavaa.

Terveysdynamo muodostaa erinomaisen esimerkin kompleksisuuden hyväksymisestä ja moniäänisyyden tavoittelusta. Haasteeksi muodostuu kuitenkin se, kuinka tämänkaltaista toimintaa saataisiin levitettyä laajemmin työyhteisöihimme ja yhteiskuntaamme. Kuten Grint (2010) on osuvasti todennut, ovat monet johtajamme suorastaan allergisia tämänlaiselle aidosti osallistavalle toiminnalle. Ihannoidaan järjestystä ja koetaan kontrolloinnin tarvetta. Ei kyetä myöntämään oman osaamisen rajallisuutta.

Johtopäätökset

Olemme tässä luvussa nostaneet esiin kompleksisuuden keskeisiä käsitteitä ja pohtineet, millaisia mahdollisuuksia niiden soveltamisella on organisaatioiden johtamisessa. Keskeinen viestimme on, että kompleksisuuden johtaminen muuttaa johtamisen ydintä ja toimintatapoja. Toisaalta siten, että ymmärrys organisaatioiden tapahtumista ja ilmiöistä syvenee, kun niitä tarkastellaan esimerkiksi emergenssin käsitteen kautta. Toisaalta kompleksisuuden käsitteet auttavat pohtimaan, miten tietyissä haastavissa tilanteissa kannattaisi tai olisi mahdollista toimia toisin. Monelta osin kompleksisuuden käsitteet ovat metaforisia, joka edelleen laajentaa johtajan mahdollisuutta reflektoida käsitteiden sisältöä omiin kokemuksiinsa.

Entä uskalletaanko emergenssin antamia mahdollisuuksia käyttää hyväksi sosiaali- ja terveysalan johtamisessa? Tämän luvun perusteella vastausta on vaikea antaa, voimme vain kehottaa johtajia tarttumaan niihin tilanteisiin, joita positiivisen emergenssin kautta saavutetaan. Tällaisia ovat esimerkiksi työyhteisöissä spontaanisti ilmenevä kehittämistyö tai verkostoituminen tie-

tyn asian ratkaisemiseksi. Elämme syksyä 2016, jolloin kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden suurena haasteena on sote-uudistuksen toteutuksen suunnittelu. Muutosjohtajia on palkattu ja erilaisia virallisia työryhmiä on perustettu runsaasti. Uudistusta viedään eteenpäin ohjatun suunnittelun kautta. Olemme kuitenkin sitä mieltä, että virallinen ja ohjattu suunnittelu ei ole yksinään riittävää. Niiden lisäksi täytyisi antaa tilaa spontaanille ideoinnille ja spontaaneille ehdotuksille. Tässä tarvitaan mahdollistavaa johtamista, joka sallii, kehottaa ja antaa aikaa organisaatioiden omaehtoiselle kehittämistyölle. Uskomme, että uskallus soveltaa emergenttejä toimintamalleja edistää uudistuksen läpivientiä ja uudistuksen tuomien muutosten hyväksymistä jopa enemmän kuin virallinen ja ohjattu suunnittelutyö.

Johtamisen ytimen muutoksessa keskeistä on ketteryys, ei niinkään organisatorinen ketteryys, vaan ontologinen ketteryys (Snowden 2016; ks. myös Snowden & Boone 2007) eli kyky hahmottaa erilaisia konteksteja ja muokata omaa johtamista kontekstin edellyttämäksi. Tarkoitamme tällä sitä, että oikeastaan kaikki toiminta, niin johtaminen, suunnittelu, ongelmien käsittely kuin palvelujen tuottaminen, vaatii ymmärrystä organisaation kontekstista. Tällöin on tärkeää esimerkiksi pyrkiä luomaan yhteisymmärrystä siitä, millaisen ongelman kanssa olemme kamppailemassa; kesyt ja pirulliset ongelmat kun edellyttävät hyvin erilaisia ongelmankäsittelytapoja ja johtamista (ks. Raisio & Lundström 2015). Erityisesti tulevassa sosiaali- ja terveysalan murroksessa tulee kontekstin ymmärtämisellä olemaan suuri merkitys. Ontologisen ketteryyden puute voi pahimmassa tapauksessa johtaa lopputulemaan, jossa sote-uudistus on toteutettu mekanistisen maailmankuvan mukaisesti, tehden sote-järjestelmästä sopimattoman nykyiseen kompleksiseen toimintaympäristöön.

Näemme, että sote-uudistus on suuri kompleksinen kokonaisuus, jonka toteuttamiseen liittyy monia pirullisia ongelmia ja ilmiöitä. Kysymme kuviossa 1, ollaanko sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa valmiita hyväksymään pirullisten ongelmien olemassaolo? Kysymys on ajatuksia herättävä, mutta samalla kehotus tunnistaa pirulliset ongelmat, hyväksyä ne ja toimia siten, että niistä selviydytään. Voidaan jopa sanoa, että tämä on suorastaan johta-

jien moraalinen velvollisuus (ks. Churchman 1967). Asia on nostettu vahvasti esille myös terveydenhuoltoalan akateemisten aikakauslehtien päätoimittajien yhdessä kirjoittamassa pääkirjoituksessa: ”*Addressing wicked issues ultimately requires the moral courage to challenge conventional wisdom; the generosity to involve those affected in finding solutions and the humility to work within the paradox of failure being part of the solution.*” (Hutchinsson, Daly, Usher & Jackson 2015, 3022).

Olemme laajentaneet kompleksisuuskäsitteistöä liittämällä yhteen pirullisia ongelmia, pahan emergenssiä ja julkisen hallinnon synkkää aikaa kuvaavat käsitteet. Tämä laajennus ei ole tavanomainen, mutta nähdäksemme hyödyllinen. Miksi? Siksi, että käsitteiden rujot nimitykset herättävät pohtimaan oman organisaation ja oman johtamisen käytäntöjä. Se herättää kysymään itseltään, olenko minä johtajana antanut henkilöstölleni mahdollisuuden toimia itseorganisoituvasti? Entä olenko havainnut ja puuttunut emergenssin pimeän puolen olemassaoloon, kuten työyhteisön kipupisteisiin? Pääasiassa mainitut käsitteet kuitenkin nostavat esiin sen, että muodollisessa asemassa oleva johtaja ei ole kaikkivoipa tai kaikkitietävä, eikä hänen tarvitsekaan olla. Kompleksisuuden johtaja mahdollistaa henkilöstönsä ammattitaidon hyödyntämisen, korostaa yhteistyötä ja vuorovaikutusta sekä eliminoi jokaisessa organisaatiossa, ainakin ajoittain, ilmenevää emergenssin pimeää puolta.

Mitkä systeemiset tekijät sitten vaikuttavat ei-toivottujen tapahtumien syntymiseen sosiaali- ja terveysaloilla. Kompleksisuuden johtamisen näkökulmasta näitä tekijöitä ovat esimerkiksi ihmisten toimintaan liittyvät elementit, kuten oman aseman puolustaminen, kateus, kiire tai riittämättömyyden tunne. Mikäli tällaisia yksilöstä nousevia ei-toivottuja piirteitä ilmenee organisaatioiden muutostilanteissa, ne voivat synnyttää kierteen, joka ruokkii pahan kehää ja estää uudistumista.

Suomessa puhutaan paljon demokratiavajeesta ja sen mukanaan tuomasta yhteiskunnallisesta epätasa-arvoisuudesta. Olemme sitä mieltä, että demokratiavajetta esiintyy myös organisaatioissa. Emme tarkoita, että organisaatioihin tulisi perustaa näennäisiä keskusteluryhmiä tai vastaavia, vaan sitä, että organisaatioissa edistetään demokraattista eetosta. Tämä pitää sisällään muun

muassa asiakasosallistumisen lisäämisen, itseorganisoitumisen edistämisen ja hierarkkisten rakenteiden vähentämisen. Keskeistä kompleksisuuden johtamisessa onkin sellaisen vuorovaikutuksen lisääminen ja ylläpitäminen, joka edistää sekä organisaation että koko yhteiskunnan demokraattisen eetoksen kasvua.

Edellä esitetty pohdinta viittaa aktiivisen ja eläväisen toimintaympäristön luomiseen. Miten sellainen saataisiin aikaan uudistuvissa sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa? Näkemyksemme on, että edellä esitetyn esimerkin (no 3) tavoin sosiaali- ja terveysalan johtajat voisivat pyrkiä moniäänisyyden lisäämiseen deliberatiivisen organisaatiodemokratian keinoin. Näemme myös, että sote- ja maakuntauudistuksen toteutuessa ja päätöksenteon karatessa yhä kauemmas kuntalaisten käsistä, tulee deliberatiivisen demokratian merkitys korostuneeksi entistä vahvemmin. Olemmekin aiemmin esittäneet ajatuksen kuntalaisten huippukokouksesta (esim. Vartiainen 2014). Huippukokoukseen osallistuisi noin 100 maakunnan asukasta ja se kestäisi yhden viikonlopun. Osallistujat saisivat monipuolista ja puolueetonta tietoa maakunnan väestön hyvinvoinnista ja palveluiden toimivuudesta. He osallistuisivat fasilitoituihin pienryhmäkeskusteluihin ja lopuksi päätyisivät arvioon siitä, miten maakunnan sote-palveluja tulisi järjestää ja kehittää tulevaisuudessa. Vaikuttavuuden edistämiseksi malli olisi institutionalisoitu osa maakunnan sote-palveluiden ohjausjärjestelmää.

Luvun tärkeimmät viestit johtajille ja esimiehille:

1. Kompleksinen maailmankuva ei ole pelkästään käsitteellinen ilmiö, vaan myös tapa katsoa maailmaa, jonka avulla organisaatioissa on mahdollista innovoida ja löytää uusia ajattelun ja toiminnan malleja.
2. Itseorganisoituminen ja emergenssi vahvistavat luovuutta ja sallivat spontaania toimintaa, joka puolestaan sallii uusia kokeiluja ja yhdessä kehittämistä. Niiden avulla on myös mahdollisuus suunnata johtajan toimintaa laajoihin strategisiin kysymyksiin, kun johtaja voi luottaa siihen, että työyhteisö saa ja uskaltaa reagoida vaadittuihin tilanteisiin oman ammattitaitonsa varassa.
3. Pahan emergenssin ilmiön varhainen tunnistaminen voi auttaa estämään ei-toivottujen asioiden ilmaantumista ja korjaamaan mahdollisesti jo ilmaantuneita ongelmia.
4. Ontologinen ketteryys on tavoiteltavampaa kuin paljon puhuttu organisatorinen ketteryys. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa tarvitaan kykyä ymmärtää, miten alan jatkuvasti muuttuva systeeminen kokonaisuus toimii. Tuon ymmärtämisen varassa on sitten helpompi muokata omaa johtamistaan tai edistää yhteisymmärrystä siitä, millaisen ongelman kanssa organisaatiossa kulloinkin kamppaillaan.
5. Demokraattinen eetos tulee ottaa mahdollisuutena, jonka varassa organisaatioissa voidaan edistää aitoa osallistumista ja yhdessä tekemistä. Vieläkin on niin, että sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa painotetaan byrokraattista eetosta. Kun ryhdytään aktiivisesti edistämään demokraattisen eetoksen ideaa päästään toimivaan osallisuuteen ja oletettavasti myös tehokkaampaan työympäristöön.

Lähteet

Ackoff, R. L. (1974). Redesigning the Future. A Systems Approach to Societal Problems. New York: John Wiley & Sons.

Andrade, L., Plowman, D.A. & Duchon, D. (2008). Getting past conflict resolution: A complexity view of conflict. Emergence, 10(1), 23–38.

Anttiroiko, A.-V. (1993). Tiede, yhteiskunta ja systeemi. Teoksessa A.-V. Anttiroiko, O. Kallio & P. Rönkkö (toim.). Systeemiteoria kunnallistieteellisen tutkimuksen lähestymistapana. Tampere: Tampereen yliopisto, julkaisusarja 4, 128–144.

Arena, M.J. & Uhl-Bien, M. (2016). Complexity Leadership Theory: Shifting from Human Capital to Social Capital. People + Strategy, 39(2), 22–27.

Arendt, H. (1968). Men in dark times. San Diego, CA: Harcourt Brace.

Bechtel, W. & Richardson, R. C. (2010). Discovering complexity: Decomposition and localization as strategies in scientific research. 2nd Edition. Cambridge, MA: MIT Press/Bradford Books.

Bella, D.A. (2006). Emergence and Evil. Emergence: Complexity & Organization, 8(2), 102–115.

Bella, D., King, J.B. & Kailin, D. (2003). The Dark Side of Organizations and a Method to Reveal It. Emergence: Complexity and Organization, 5(3), 66–82.

von Bertalanffy, L. (1969). General Systems Theory: Foundations, development, applications. New York, NY: George Braziller.

Camillus, J.C. (2008). Strategy as a wicked problem. Harvard Business Review, 86(5), 99–106.

Carson, L. & Hartz-Karp, J. (2005). Adapting and Combining Deliberative Designs. In J. Gastil & P. Levine (Eds). The Deliberative Democracy Handbook. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 120–138.

Castellani, B. (2014). Fifteen Years a Complexity Scientist. Theory, Culture & Society. Saatavilla: http://theoryculturesociety.org/brian-castellani-on-the-complexity-sciences/

Churchman, C.W. (1967). Wicked problems. Management Science, 14(4), 141–142.

Clarke, M. & Stewart, J. (2000). Handling the wicked issues. In C. Davies, L. Finlay & A. Bullman (Eds). Changing Practice in Health And Social Care. London: Sage, 377–386.

Conklin, J. (2005). Dialogue Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems. New York: Wiley.

Ellerman, D. (2009). The Workplace: A Forgotten Topic in Democratic Theory? Kettering Review, 27(2), 51–57.

Friedman, L.H., King, J.B. & Bella, D. (2007). Seeing Systems in Health Care Organizations. Physician Executive, 33(4): 20–29.

Goldstein, J. (1999). Emergence as a Construct: History and Issues. Emergence, 1(1), 49–72.

Grint, K. (2005). Problems, problems, problems: The social construction of leadership. Human relations, 58(11), 1467–1493.

Grint, K. (2010). The cuckoo clock syndrome: addicted to command, allergic to leadership. European Management Journal, 28(4), 306–313.

Hanén, T. (2010). Ennakoinnin illuusio. Tiede ja ase, 68, 31–62.

Hanén, T. & Huhtinen, A-M. (2011). Yhteenkietoutumisen teoria – Yllätysten ja sattuman tieteellinen selitys. Tiede ja ase, 69, 9–33.

Hanson, W.R. & Ford, R. (2010). Complexity leadership in healthcare: Leader network awareness. Procedia Social and Behavioral Sciences, 2(4), 6587–6596.

Hutchinson, M., Daly, J., Usher, K. & Jackson, D. (2015). Leadership when there are no easy answers: applying leader moral courage to wicked problems. Journal of Clinical Nursing, 24(21–22), 3021–3023.

Jalonen, H. (2007). Kompleksisuusteoreettinen tulkinta hallinnollisen tehokkuuden ja luovuuden yhteensovittamisesta kunnallisen päätöksenteon valmisteluun. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 693. Tampere.

Jalonen, H., Lindell, J., Puustinen, A. & Raisio, H. (2013). Yhteistyön kääntöpuoli – kun itseorganisoituminen epäonnistuu ja ilmaantuminen yllättää. Hallinnon Tutkimus, 32(4), 284–300.

Jekunen A., Vartiainen P., Raisio H., Lindell, J. & Niemi, T. (2013). Organisaatio-raadeista apu erikoissairaanhoidon kehittämiseen. Lääkärilehti, 68(23), 1712–1713.

Kauffman, S. A. (1995). At Home in the Universe: The Search for the Laws of Self-Organization and Complexity. Oxford: Oxford University Press.

King, J., Down, J.T. & Bella D.A. (2002). Learning to Think in Circles. Journal of Management Inquiry, 11(2), 161–170.

Kreitzer, M.J., Monsen, K.A., Nandram, S. & de Blok, J. (2015). Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. Global Advances in Health and Medicine, 4(1), 40–44.

Landemore, H. & Ferreras, I. (2016). In Defense of Workplace Democracy: Towards a Justification of the Firm – State Analogy. Political Theory, 44(1), 53–81.

Laitinen, I., Jalonen, H. & Stenvall, J. (2014). Se toimii sittenkin. Kohti organisaatio-tutkimuksen pragmattista kompleksisuusteoriaa. Turun ammattikorkea-koulun tutkimuksia 42.

Lichtenstein, B.B., Uhl-Bien, M., Marion, R., Seers, A., Orton, J.D. & Schreiber, C. (2006). Complexity leadership theory: An interactive perspective on leading in complex adaptive systems. Emergence: Complexity & Organization, 8(4), 2–12.

Lichtenstein, B. (2007). A Matrix of Complexity for Leadership: Fourteen Disciplines of Complex Systems Leadership Theory. In J. Hazy, J. Goldstein, & B. Lichtenstein (Eds). Complex systems leadership theory. Boston, MA: ISCE Press, 285–304.

Lichtenstein, B.B. & Plowman, D.A. (2009). The leadership of emergence: A complex systems leadership theory of emergence at successive organizational levels. The Leadership Quarterly, 20(4), 617–630.

Lindell, J. (2013). Fostering organizational change through deliberations: the deliberative jury in a university setting. Tertiary Education and Management, 20(1), 30–43.

Lindstead, S., Maréchal, G. & Griffin, R.W. (2014). Theorizing and Researching the Dark Side of Organization. Organization Studies, 35(2), 165–188.

Lundström, N. (2015). Aluekehittämisen pirullinen peli. Acta Wasaensia 326. Aluetiede 14. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Lundström, N. & Raisio, H. (2013). Kansalaisraadit aluekehittämisen pirullisissa peleissä. Deliberaation mahdollisuuksista muuttaa näkemyksiä alueen kehittämisestä. Hallinnon Tutkimus, 32(3), 179–196.

Lundström, N., Raisio, H., Vartiainen, P. & Lindell, J. (2016). Wicked games changing the storyline of urban planning. Landscape and Urban Planning, DOI: 10.1016/j.landurbplan.2016.01.010

Mason, R. O. & Mitroff, I. I. (1981). Challenging Strategic Planning Assumptions: Theory, Cases and Techinques. New York: John Wiley & Sons.

McDaniel, R.R.Jr., Jordan M.E. & Fleeman B.F. (2003). Surprise, Surprise, Surprise! A Complexity Science View of the Unexpected. Health Care Management Review, 28(3), 266–278.

Mitleton-Kelly, E. (2003). Ten Principles of Complexity & Enabling Infrastructures. In E. Mitleton-Kelly (Ed.). Complex systems & evolutionary perspectives of organisations: The application of complexity theory to organisations. Elsevier Science Ltd, 23–50.

Mitleton-Kelly, E. (2015). Effective Policy Making: Addressing Apparently Intractable Problems. In R. Geyer & P. Cairney (Eds). Handbook on Complexity and Public Policy. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 111–127.

Morgan, M. (2016). Hannah Arendt and the 'freedom' to think. Jounal of Educational Administration and History, 48(2), 173–182.

Nabatchi, T., Goerdel, H.T. & Peffer, S. (2011). Public Administration in Dark Times: Some Questions for the Future of the Field. Journal of Public Administration Research and Theory, 21(suppl 1), i29–i43.

Norton, B. G. (2011). The Ways of Wickedness: Analyzing Messines with Messy Tools. Journal of Agricultural Environmental Ethics, 25(4), 447–465.

Norton, B. G. (2005). Sustainability: A Philosophy of Adaptive Ecosystem Management. Chicago: University of Chicago Press.

Plowman, D.A., Solansky, S., Beck, T.E., Baker, L., Kulkarni, M. & Travis, D.V. (2007a). The role of leadership in emergent, self-organization. The Leadership Quarterly, 18(4), 341–356.

Plowman, D.A., Baker, L.T., Beck, T.E., Kulkarni, M., Solansky, S.T. & Travis, D.V. (2007b). Radical Change Accidentally: The Emergence and Amplification of Small Change. Academy of Management Journal, 50(3), 515–543.

Putnam, R. (2000). Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster.

Raisio, H. (2010). Embracing the Wickedness of Health Care. Essays of Reforms, Wicked Problems and Public Deliberation. Acta Wasaensia 228. Social and health Management 5. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Raisio, H. & Lundström, N. (2014). How to Manage Chaos: Lessons from Movies on Chaos Theory. Administration & Society. DOI: 10.1177/0095399714541269.

Raisio, H. & Lundström, N. (2015). Real Leaders Embracing the Paradigm of Complexity. Emergence: Complexity & Organization, 17(3).

Raisio, H. & Vartiainen, P. (2015). Accelerating the Public's Learning Curve on Wicked Policy Issues: Results from Deliberative Forums on Euthanasia. Policy sciences, 48, 339–361.

Richardson, K.A. (2008). Managing complex organizations: Complexity thinking and the science and art of management. Emergence: Complexity & Organization, 10(2), 13–26.

Richardson, K.A. (2014). Complexity and Management: A Pluralistic View. In P. Allen, S. Maguire & B. McKelvey (Eds). The SAGE Handbook of Complexity and Management. London: Sage Publications, 366–381.

Rittel, H. W. J. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning. Policy Sciences, 4, 155–169.

Roberts, N. (2000). Wicked Problems and Network Approaches to Resolution. International Public Management Review, 1(1), 1–19.

Snowden, D.J. & Boone, M. (2007). A Leader's Framework for Decision Making. Harvard Business Review, 85(11): 69–76.

Snowden, D.J. (2016). Things a leader can do. Cognitive Edge -blog. Saatavilla 20.8.2016: https://cognitive-edge.com/blog/things-a-leader-can-do/

Sotarauta, M. (1996). Kohti epäselvyyden hallintaa: Pehmeä strategia 2000-luvun alun suunnittelun lähtökohtana. Jyväskylä: Finnpublishers.

Stenvall, J., Syväjärvi, A., Vakkala, H., Virtanen, P. & Kuoppala, K. (2015). Kunnat ajopuina – koskesta suman. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Stivers, C. (2008). Governance in dark times: Practical philosophy for public service. Washington, DC: Georgetown Univ. Press.

Ståhle, P. (2004). Itseuudistumisen dynamiikka: Systeemiajattelu kehitysprosessien ymmärtämisen perustana. Teoksessa M. Sotarauta & K.-J. Kosonen (toim.). Yksilö, kulttuuri, innovaatioympäristö: Avauksia aluekehityksen näkymättömään dynamiikkaan. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 222–255.

Ståhle, P. & Kuosa T. (2009). Systeemien itseuudistuminen – uutta ymmärrystä kollektiivien kehittymiseen. Aikuiskasvatus, 2, 104–115.

Uhl-Bien, M., Marion, R. & McKelvey, B. (2007). Complexity Leadership Theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. The Leadership Quarterly, 18(4), 298–318.

Uhl-Bien, M. & Marion, R. (2009). Complexity leadership in bureaucratic forms of organizing: A meso model. The Leadership Quarterly, 20(4), 631–650.

Valkama, K. & Ollila, S. (2011). Sosiaalisen pääoman kahdet kasvot. Näkökulmana Pohjanmaan tulevaisuus. Teoksessa P. Vartiainen & Vuorenmaa (toim.). Kohti sosiaalisesti kestävää hyvinvointia. Vaasan yliopisto, tutkimuksia 295, 184–194.

Vartiainen, P. (2005). Wicked Health Care Issues: An Analysis of Finnish and Swedish Health Care Reforms. Advances in Health Care Management: International Health Care Management, 5, 163–186.

Vartiainen, P. & Raisio, H. (2011). Hallintotiede uuden ajan kynnyksellä: Näkökulmana kompleksisuusajattelu. Teoksessa T. Virtanen, P. Ahonen, A. Syväjärvi, P. Vartiainen, J. Vartola & J. Vuori (toim.). Suomalainen hallinnon tutkimus – Mistä, mitä, minne? Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 388–412.

Vartiainen, P., Ollila, S., Raisio, H. & Lindell, J. (2013). Johtajana kaaoksen reunalla: Kuinka selviytyä pirullisista ongelmista. Helsinki: Gaudeamus.

Vartiainen, P. (2014). Kuntalaisten huippukokous – aitoa osallisuutta. Esitys Kuntamarkkinoilla 10.9.

Weberg, D. (2012). Complexity Leadership: A Healthcare Imperative. Nursing Forum, 47(4), 268–277.

Will, T.E. (2016). Flock Leadership: Understanding and influencing emergent collective behavior. The Leadership Quarterly, 27(2), 261–279.

Wulun, J. (2007). Understanding Complexity, Challenging Traditional Ways of Thinking. Systems Research and Behavioral Science, 24, 393–402.
Zimmerman, B., Lindberg, C. & Plsek, P. (2008). Edgeware: Insights form complexity science for health care leaders. Irving, Texas: VHA Inc.

Kirjoittajat: Pirkko Vartiainen on sosiaali- ja terveyshallintotieteen professori, Harri Raisio sosiaali- ja terveyshallintotieteen yliopistonlehtori ja Niklas Lundström aluetieteen tutkijatohtori Vaasan yliopistossa.

Kompetenssit palveluiden kehittämisessä – esimerkkinä hoitotyön kliininen asiantuntijuus

Marjo Räsänen, Jari Stenvall & Katja Heikkinen

Johdanto

Suomessa – kuten monessa muussakin maassa – julkisten palveluiden kehittäminen on tullut yhä keskeisemmäksi keskustelun kohteeksi. Tavoite on, että palvelut tuottaisivat yhä enemmän arvoa. Lähestymistapoja palveluiden kehittämiseksi ovat olleet muun muassa palveluiden laadun ja tehokkuuden edistäminen, palveluketjujen integraatio, innovaatiotoiminnan kasvattaminen, yksityisten ja kolmannen sektorin mukaan ottaminen palvelutuotantoon sekä asiakaslähtöisyys (esim. Laitinen & Stenvall 2016).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus näyttäisi kohdistuvan voimakkaasti kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen ja sitä kautta hoitotyön erilaisiin toimintaympäristöihin. (STM 127/2016.) Erityisesti asiakaslähtöisiä palveluketjuja kehittämällä voidaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuutta lisätä, ja tämä edellyttää kaikessa asiantuntijatyössä tarvittavan osaamisen tunnistamista. Tällöin myös hoitotyössä on merkityksellistä kehittämisasiantuntijuus, kompetenssi, osaaminen sekä niukentuvien voimavarojen suuntaaminen palveluketjun oikeisiin kohtiin potilaita/asiakkaita unohtamatta. Kompetenssien tunnistaminen on edellytys kustannustehokkaalle hoidolle ja toiminnalle (Sairaanhoitajat 2016b).

Kompetenssit ja tätä kautta työtekijälähtöinen kehittäminen ovat siis keskiössä, kun kohteena on sosiaali- ja terveysektorin uudistaminen (ks. myös Stenvall & Virtanen 2012). Tästä johtuen luvussamme tarkastelemme erityisesti työntekijöiden kompetensseja sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä. Olemme kiinnostuneita siis siitä, minkälaisia kompetensseja palveluiden kehittämisessä tarvitaan.

Esimerkkimme (*Case*) liittyy vaativan kliinisen hoitotyön asiantuntijuuden kompetensseihin, mutta tuloksia on hyödynnettävissä laajemminkin sosiaali- ja terveyspalveluissa. Palvelutuotannon rakenteiden muutoksessa aikaisemmat toimintatavat eivät enää palvele vaan toimintoja on uudistettava. Kansainvälinen kokemus osoittaa, että hoitotyön kliiniset asiantuntijat sijoittuvat erilaisiin asiantuntija- ja kehittämisosaamista vaativiin tehtäviin ja projekteihin (Fagerström & Glasberg 2011; Ahonen 2012; Tevameri & Virtanen 2013; Arene 2016).

Kompetenssit ja palveluiden kehittäminen on aiheena mielenkiintoinen monestakin syystä. Aiheen merkitys hoitotyön käytännölle, koulutukselle ja johtamiselle tärkeä, koska hoitotyössä kliinisinä asiantuntijoina toimivien sairaanhoitajien tehtäväalueiden kehittäminen ja työnjaon uudistaminen on ajankohtaista niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin (vrt. STM 2009). Maailman terveysjärjestön WHO:n terveyspoliittissa ohjelmissa nähdään ammatillinen kehittyminen ja tätä kautta myös sairaanhoitajan roolin jatkuva kehittäminen hyvin keskeisinä asioina (WHO 2015). Henkilöstön vahvaan kliinisen hoitotyön osaamiseen liittyvillä kompetensseilla ja kehittämiseen kuuluvalla asiantuntijuudella pyritään edistämään asiakkaiden hoitoonpääsyä ja tehostamaan palveluprosesseja (vrt. Sairaanhoitajat 2016b). Kliiniseltä asiantuntijalta vaadittavien kompetenssien tunnistaminen auttaa osaltaan sosiaali- ja terveysalan johtajia osaamisen tunnistamisessa. Toisaalta muuttuvissa palvelurakenteissa kliinisen asiantuntijatyön kompetenssin suhdetta vaadittavaan työnkuvaan tai kehittämistyöhön on perusteltua selvittää. Käytännöllisestä näkökulmasta asia liittyy myös pyrkimyksiin löytää ratkaisuja koulutuksen ja kehittämistyön paremmalle linkittämiselle. Oikein mitoitettu

koulutus, henkilöstön osaamisen kohdentaminen edistävät kehittämistä (ks. esim. Sairaanhoitajat 2016a; Sairaanhoitajat 2016b; Sitra 2016).

Luvun käytännöllisenä tavoitteena onkin tuottaa tietoa sosiaali- ja terveysalan johtajille, kouluttajille sekä kliinisessä työssä toimiville hoitotyöntekijöille kliinisen asiantuntijatyön vaatimasta kehittämisasiantuntijuudesta ja siinä vaadittavasta kompetenssista sairaanhoitajan ammatillisiin näkemyksiin perustuen. Tavoitteena on lisäksi kuvata asiantuntijatyön keskeiset kompetenssin sisällön osatekijät aineiston perusteella muodostettavaan kuvaukseen. Tämän avulla voidaan esimeriksi luoda uutta tulevaisuuden visiota kompetenssin sisältöön hoitotyön muuttuvissa palvelurakenteissa.

Tämä luku etenee niin, että aluksi kuvaamme tiiviisti läpi palveluiden kehittämistä ja sen johtamista sekä kompetenssin käsitettä. Tämän jälkeen erittelemme aineistolähtöisesti sitä, mitä kompetenssit sisältävät. Tämä on välttämätöntä, jotta olisi mahdollista hahmottaa kontekstilähtöisesti kompetenssien sisältö. Aineisto (*Case*) perustuu vaativaan kliiniseen hoitotyöhön liittyviin kompetensseihin ja kompetenssin sisällön kuvaukseen (kuvio 1) tarkastelukulman ollessa sairaanhoitajien omat ammatilliset näkemykset, mutta käsitteellinen jäsennys on yleistettävissä laajemmin. Kompetenssit hahmottuvat lisäksi tilanteessa, jossa toiminnan kehittämiseen kohdistuu merkittäviä muutospaineita. Yhteenvetoluvussa pohdimme tunnistamiemme kompetenssien haasteista suhteessa palveluiden kehittämiseen ja johtamiseen.

Palveluiden kehittämisen käsite

Kehittämistoiminta, kehittämisprojektit ja kehittämishankkeet ovat johtamisessa yleisesti käytettyä, mutta jokseenkin vakiintumattomia kehittämisen käsitteitä. Lisäksi kehittämistoimintaa voidaan lähestyä usealla erilaisella tavalla, kuten prosessin, toimijoiden, osallisuuden tai tiedon tuotannon näkökulmista (Stenvall ym. 2012). Esimeriksi Saaren-Seppälä ja Karjalainen (2007, 27–29) luokittelevat kehittämistoiminnan kolmeen luokkaan. Nämä ovat asiantuntija-, suunnittelu- ja kommunikaatio-ohjautuva kehittäminen. Käytännössä

kehittämistoiminan määrittäminen ei ole yksioikoista, sillä muun muassa kehittämistoiminnan subjekti, menetelmät ja kohde vaihtelevat.

Kehittämistoiminta viittaa tietoiseen toimintaan jonkin asian muuttamiseksi. Rajatusti se voidaankin ymmärtää jopa lineaarisesti etenevänä suunnitelmallisena toimintana. Perinteisessä käsityksessä kehittäminen nähdään prosessina, joka sisältää perusteellisen tavoitteen määrittelyn, huolellisen suunnittelun sekä niiden mukaisen toteutuksen ja arvioinnin (esim. Stenvall & Tyvitalo 2013). Kehittäminen onkin ko. näkökulmasta eräänlaista projektimaisesti etenevää toimintaa. Se voi kohdistua esimerkiksi niin rakenteisiin, työntekijä–asiakas-suhteeseen kuin kulttuuriin ja palveluprosessiin.

Kehittämistoimintaa on myös usein jäsennetty yksilöiden tai organisaatioiden oppimisen kautta. Tällöin korostetaan esimerkiksi vertaisoppimista ja oppivia organisaatioita. Kolmas vaihtoehtoinen kehittämisnäkemys painottaa suunnittelun ja oppimisen sijasta arjen kommunikaatiota. Kehittämistoiminnan tulisikin olla järjestelmällistä ja hallittua, mutta jotta se olisi samalla dynaamista, ja sen tulisi sopeutua kompleksiseen toimintaympäristöön (esim. Mikola 2008; Stenvall, Syväjärvi & Vakkala 2008; Stenvall & Airaksinen 2009; Räsänen & Nyfors 2014). Bourgonin (2008) mukaan innovatiiviset julkiset organisaatiot suhtautuvatkin uudistuksiin ja kehittämiseen järjestelmällisellä ja hallitulla tavalla.

Tässä luvussa (ks. Stenvall ym. 2012) käsitteellä ”kehittämistoiminta” tarkoitetaan laajasti kaikkea sitä organisaatiossa tapahtuvaa kehittämistä, joka voi olla

- jatkuvaa ja toistuvaa, kuten talousarvioissa tai toimintasuunnitelmassa vuosittain resursoitava jatkuva kehittäminen,
- strategista, kuten strategian yhteydessä päätettävät kehittämistoimet,
- operatiiviseen kehittämiseen tähtäävää toimintaa, jolla parannetaan esimerkiksi toiminnan laatua,
- hyvinkin nopeasti realisoituvaa projektimaista, kertaluoteista ja tapauskohtaista, kuten ulkopuolisten rahoittajien tai poliittisen tilanteen mahdollistama kehittämistoiminta tai työyhteisön tai työprosessien kehittämistoiminta.

Julkisten palveluiden kehittämistä ja tätä kautta myös sen johtamista on mahdollista tarkastella useasta eri näkökulmasta. Kehittämistoimintaa voidaan jäsentää niin järjestelmän, työntekijöiden kuin asiakkaiden näkökulmista. Asiakaslähtöisessä ja työntekijälähtöisessä kehittämistoiminnassa tarkoitus on keskittyä asiakaslähtöisyyttä edistävien toimintatapojen kehittämiseen ja mallintamiseen (ks. esim. Räsänen & Nyfors 2014). Järjestelmänäkökulmassa palveluita tarkastellaan kokonaisuuden kannalta. Siinä kehitetään palveluita tuottavia resursseja. Järjestelmät kiinnittävät toisiinsa toimijoita asettaen heille myös tehtäviä, rooleja ja asemia. Käytännön kehittämistyössä on tärkeää ottaa huomioon sekä järjestelmälähtöisen, asiakaslähtöisen että työntekijälähtöisen kehittämisen keinot, joissa kunkin tason kehittämisessä tulisi tarkastella toimintaan arvoa tuottavasta näkökulmasta. Kehittämiskulttuuri rakentuu organisaatiossa tietoisen toiminnan tuloksena ja sitä voidaan kuvata asenteena organisaation toiminnan uudistamiseen. Järjestelmän lähtökohdista tarvittavien kehittämis- ja uudistamishankkeiden käynnistäminen ja toteuttaminen kuuluu johdolle. (Stenvall & Virtanen 2012, 99, 119–123, 127, 237–239.) On ilmeistä, että tulevaisuuden kehittämiskulttuurissa korostuvat entistä enemmän asiakaslähtöisyys ja palveluiden kohdentuminen sekä teknologian hyödyntäminen (esim. Stenvall & Virtanen 2015).

Kaiken kaikkiaan palveluiden kehittämisen käsite on laaja-alainen, kun huomioidaan ne moninaiset tavat, miten palveluita voidaan uudistaa. Samalla palveluiden johtaminenkin vaatii laaja-alaista osaamista alkaen palvelujärjestelmien tuntemisesta ulottuen työntekijä–asiakas-vuorovaikutuksen hallintaan.

Koska tarkastelun kohteenamme on palveluiden kehittämiseen liittyvät kompetenssit, lähestymme tässä yhteydessä asiaa erityisesti työntekijälähtöisen kehittämisen kannalta. Se on tavallaan alisteista asiakaslähtöiselle kehittämiselle. Ajatus lähtee siitä että työntekijälähtöisen kehittämisen tavoitteena olisi palveluihin ja asiakkaisiin liittyvän palvelukulttuurin parantaminen, jolloin asiakkaan tarpeita tarkastellaan kokonaisuutena. Työntekijälähtöisessä tulisi tarkastella oppimisen näkökulmasta. Lisäksi on otettava huomioon, että tieto syntyy ja kehittyy toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa. Parhaim-

millaan työntekijälähtöinen kehittäminen nostaa esiin kokemukseen pohjautuvaa tietoa ja siihen liittyvää dialogia. (Stenvall & Virtanen 2012, 199–202, 229; Räsänen 2013.)

Kompetenssin käsite

Asiantuntijuuteen sisältyvää kompetenssia on pitkään pidetty yksilön ominaisuutena. Yksilöllisiä tietoja ja taitoja pidetään asiantuntijuuden välttämättöminä ehtoina, mutta ne eivät yksistään riitä. Yksilöasiantuntijuudella ei pystytä tänä päivänä vastaamaan jatkuviin, työn rakenteellisista uudistuksista johtuviin työnkuvien ja erilaisten työroolien mukanaan tuomiin haasteisiin, vaan asiantuntijuuden tarkastelussa on siirryttävä asiantuntijakulttuureihin ja sosiaalisiin ulottuvuuksiin (ks. esim. Redwood ym. 2007; McIntosh & Tolson 2009; Tevameri 2014). Kollektiivisella asiantuntijuudella tarkoitetaan osaamista yhdessä tai ryhmässä, jolloin tietoa jaetaan ja yhdistetään useamman ihmisen kanssa siten, että yksittäiset osaamisalueet ovat enemmän kuin osiensa summa (Lönnblad & Vartiainen 2013). Yksilöasiantuntijuudessa korostuu yksilön kyky havaita uutta sekä analysoida ja tulkita tietoa, jolloin tieto itsessään tuottaa valtaa (Heikkinen 2011; Lönnblad & Vartiainen 2013).

Yksilöllisiä kompetensseja on pyritty tunnistamaan esimerkiksi erilaisin testien avulla. Tämä on saanut osakseen rynsaasti kritiikkiä. Esimeriksi McClelland (1973) on aikanaan kritisoinut vahvasti erilaisia kyky- ja älykkyystestejä, kuitenkin erilaisia testejä on hyödynnetty myös hoitotyön koulutuksen suomalaisessa historiassa. Toisaalta kompetenssia on kuvattu mitattavien tietojen ja taitojen avulla, jolloin ei ole otettu huomioon yksilön persoonallisuutta tai käyttäytymistä. Kun edellä mainitut tekijät otetaan huomioon kompetenssia tarkasteltaessa, sen kuvaamiseen sisältyvät henkilökohtaiset arvot, asenteet, motiivit ja persoonallisuuspiirteet. (Räsänen 2013.)

Suomalaisissa hoitotyöhön liittyvissä tutkimuksissa kompetenssia on pääosin tarkasteltu ammatillisen kasvun edellytysten, kvalifikaatioiden ja pätevyyden näkökulmista sekä rooli- ja osaamiskäsitysten kautta. Kansainvälisten säädösten rinnalla kliinisen asiantuntijan työtä säätelevät kunkin maan oma

lainsäädäntö ja ohjeet. Lisäksi suomalainen koulutusjärjestelmä on rakennettu siten, että substanssiosaaminen jokaisella tieteenalalla muodostuu vahvaksi. Esimerkiksi kliinisen asiantuntijan koulutuksessa opiskelija saavuttaa terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon osaamisen, joka vastaa kansainvälistä asiantuntijasairaanhoitajan A*dvanced Practice Nurse* (APN) osaamista (vrt. Arene 2010; STM 2012; Mahanes ym. 2013; Sairaanhoitajat 2016b; Arene 2016).

Muodollisten kvalifikaatioiden näkökulmasta kompetenssi-käsite liittyy muös sosiaali- ja terveysalalla eurooppalaisen korkeakoulualueen rakentamiseen ja siihen integroitumiseen (EQF – *European Qualifications Framework for Lifelong Learning* 2015). Siinä esimerkiksi hoitotyön peruskoulutuksen tavoitteet määritellään oppimistuloksina ja osaamisena eli kompetenssina (ks. esim. Eriksson ym. 2015; Numminen ym. 2013).

Kompetenssi tulee kuitenkin ymmärtää kvalifikaatiota laajemmaksi käsitteeksi. Tutkimusta on tarpeen laajentaa sairaanhoitajien vaativassa hoitotyössä tarvittavan kompetenssin sisältöön, jotta saadaan näyttöön perustuvaa tietoa sekä julkishallinnon palveluiden kehittämiseen että sairaanhoitajien mahdollisuuksiin palveluiden kehittämistyössä. (Ks. esim. Hanhinen 2010; Virtanen 2010; Aarva 2009; Salonen 2009; Lehto & Nuutinen 2005; Meretoja 2003.)

Muodollisia kvalifikaatiota laajempi näkökuma kompetenssien tarkoittaisi huomion kiinnittämistä erityisesti työhön liittyviin tekijöihin sekä osaamiseen. Tältäkin osin tutkimustulokset viittaavat siihen, ettei komptensseja tunnisteta tai hyödynnetä. Esimerkiksi henkilöstön osaamisen hyödyntäminen on ollut merkittävässä vajaakäytössä sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä (esim. Stenvall & Tyvitalo 2013). Yksi keskeinen syy tilanteelle on nimenomaan se, ettei palveluorganisaatioissa aina edes tunnisteta sitä, minkälaista osaamista ja niillä on toiminnan kehittämiseksi.

Kompetenssien kautta onkin tunnistettavissa henkilöstön kehittämispotentiaali. Tämä on siksikin tärkeää, että kehittämistoimintaan kohdistuu yhä useampia, epäselkeiden ongelmien ratkaisemiseen liittyviä haasteita. Esimerkiksi kompleksisessa toimintaympäristössä henkilöstön osaaminen on

keskeinen perusta toiminnalle ja muutoksiin sopeutumiselle (tästä ks. esimerkiksi Minzberg 1983; Virtanen, Laitinen & Stenvall 2016; Kallio 2015).

Kaiken kaikkiaan kompetenssien tarkka määrittely on siis osoittautunut vaikeaksi määriteltiinpä sitä kvalifikaatioiden tai yksilöllisen ja kollektiivisen asiantuntijuuden kautta. Esimerkiksi hoitotyön kliinisessä kontekstissa vaadittavalle asiantuntijuudelle ja kompetenssille ei varsinaisenti löydy yhtenäistä sisältöä (ks. Sairaanhoitajat 2016b). Lisäksi kompetenssin käsitteen sisällön suhde aina tarkastelun kohteena olevaan ilmiöön on jäänyt vähäiselle huomiolle. Lisäksi kompetenssi-käsitteen määrittämiseen vaikuttaa aina sekä valittu näkökulma että toimintaympäristö.

Onkin perusteltua pyrkiä määrittelemään kompetenssi hoito- ja kehittämistyön kontekstissa empiirisen aineiston analysoimisen kautta, jolloin voidaan huomioda toimintaympäristöön liittyvät piirteet ja työn luonne (vrt. esim. Pietiläinen 2010). Tällöin on mahdollista jäsentää myös käytäntölähtöisesti, minkälaista konkreettista asiantuntemusta tarvitaan kehittämistoiminnassa. Tästä johtuen tarkastelemme seuravassa konkreettisesti palveluiden kehittämistoimintaa kliinisen hoitotyön kautta.

Esimerkkinä (Case) hoitotyön kliininen asiantuntijuus

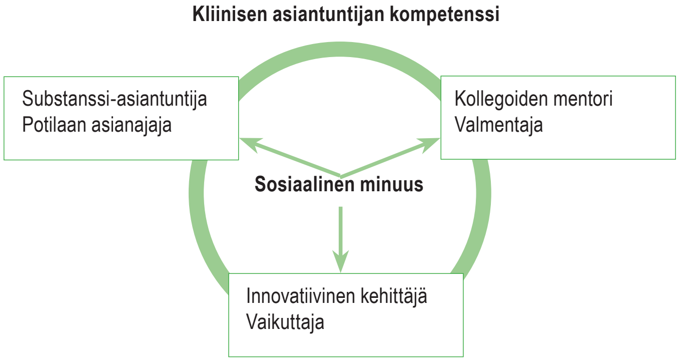
Luvussa käytettävän Case-tutkimuksen aineisto kerättiin vuosina 2010–2013 sairaanhoitajilta, jotka edustivat työelämäkokemuksensa perusteella laajasti erilaisissa vaativissa kliinisissä hoitotyön tehtävissä toimivia ammattilaisia. Tutkittavat työskentelivät joko sairaanhoitajina, kätilöinä, terveydenhoitajina tai ensihoitajina kliinisessä hoitotyössä eri puolilla Suomea perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, pelastuslaitosten tai yksityisiä terveydenhuollon palveluita tuottavien toimijoiden palveluksessa. He opiskelivat hoitotyön tekemisen ohessa kliinisen asiantuntijan 90 opintopisteen koulutusohjelmassa suorittaen terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Näin ollen heidän käsityksiään voidaan tulkita kokeneiden ja koulutuksen avulla itsensä kehittämisestä kiinnostuneiden sairaanhoitajien ammatillisina käsityksinä ja heitä tarkoituksenmukaisina tiedonantajina tutkittavaan ilmiöön. Tut-

kimusaineisto koostuu kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa (ylempi AMK-tutkinto) työnsä ohessa opiskelevien sairaanhoitajien (n=19) kirjoittamista esseistä, joita kirjoitettiin yhteensä 38 kappaletta. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla (Taulukko 1). Tässä työssä sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Koko aineisto analysoitiin yhtenä kokonaisuutena. Ratkaisu on perusteltu, sillä tutkimusta kokemuksen näkökulmasta on niukasti ja aineistosta haluttiin saada mahdollisimman rikas (vrt. esim. Fagerström & Glasberg 2011). Yksityisten dokumenttien käyttö perustuu ajatukseen, että kirjoittaja on kykenevä ilmaisemaan itseään kirjallisesti ja että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät ilmiöstä ja heillä on riittävästi kokemusta asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2013).

Taulukko 1. Sisällönanalyysin pohjalta rakentunut luokittelu

Pääluokka ←	Yläluokka ←	Alaluokka ←	Alkuperäiset ilmaukset
Sosiaalinen minuus	Minä persoonana ja vuorovaikutuksessa muiden kanssa	Vuorovaikutteinen toimija Yksilöllinen ja persoonallinen tekijä Sosiaalinen taitaja	”kliinisellä asiantuntijalla on hyvät vuorovaikutustaidot” ”…tärkeä ominaisuus on uteliaisuus” ”…on hyvä keskustelija ja kuuntelija”
Substanssin asiantuntija	Kokenut tekijä Tavoitteeellinen toimija	Laaja-alaisia tietoja, taitoja, kokemuksia ja koulutuksia omaava	”pidän hyvänä laajaa kokonaisnäkemystä ja työtaustaa” ”…kokemusta työskentelystä hoitoprosessin jokaisesta vaiheesta” ”kliinisen työn tukipylväs”
Potilaan asianajaja	Potilas/asiakas-lähtöisen työskentelytavan omaava	Potilaan lähellä olija Potilaan hyväksi toimija	”…asiantuntijan tulee ymmärtää… potilaan/ asiakkaan asema” ”turvallinen ja hyvä hoitotyö”
Kollegoiden mentori	Kollegoiden auttaja ja vahvistaja	Tiedon hankkija ja jakaja Arkityön organisoija Avunantaja Ammatti-identiteetin vahvistaja	”…on työyhteisön hyvinvoinnin lisääjä” ”tuo työyhteisöön uusia näyttöön perustuvia toimintatapoja ja auttaa niiden juurruttamisessa”
Valmentaja	Tutkija ja opettaja	Teoriatiedon osaaja Sovellusten ja laitteiden käytön hallitsija Kouluttaja	”selvittää hoitotyön kannalta mahdolliset tutkimus- ja koulutustarpeet” ”prosessoi tietoa” ”omaa työkaluja”
Innovatiivinen kehittäjä	Tulevaisuus-orientoituja	Uuden innovoija Kehittävän ilmapiirin luoja Näkökulmien etsijä	”pitää silmät auki ja kerää vaikutteita” ”kehityksen edelläkävijä” ”…tiedon viemistä…”
Vaikuttaja	Verkostoituja ja yhteiskunnallinen toimija	Tekee näkyväksi kliinisen asiantuntijan työtä Arvioinnin osaaja Asennevaikuttaja	”aktiivinen ympäröivään maailmaan” ”huomio sidosryhmät” ”osaa projektityön”

Tarkastelemassamme hoitotyön kliinisessä toimintaympäristössä kompetenssin sisältö muodostuu aineston perusteella seitsemästä osa-alueesta ja osa-alueiden jatkuvasta keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Mikään osa-alue ei yksinään riitä vaan tarvitaan koko ajan kaikkien osa-alueiden keskinäistä vuorovaikutusta. Tämän aineiston perusteella muodostuneet osa-alueet nimettiin seuraavasti: ”substanssin asiantuntija”, ”kollegoiden mentori”, ”työyhteisön valmentaja”, ”potilaan asianajaja”, ”innovatiivinen kehittäjä”, ”vaikuttaja” ja ”sosiaalinen minuus”.



Kuvio 1. Kliinisen asiantuntijan kompetenssin sisällön muodostuminen aineiston tulkinnan perusteella.

Osa-alueiden perustana on ”sosiaalinen minuus” eli persoonalliset ominaisuudet ja sosiaaliset taidot. Sairaanhoitajien ammatillisten käsitysten mukaan kompetenssi muodostuu eri osa-alueiden vuorovaikutuksesta. Aineiston perusteella yhtäkään osa-aluetta ei voi tarkastella ilman vuorovaikutuksen tarkastelua muiden osa-alueiden kanssa, jolloin kompetenssin sisällöstä muodostuu prosessinomainen kokonaisuus, joka on aina suhteessa toimintaympäristöön.

Kompetenssin sisältö rakentuu pääosin samoista osa-alueista kuin kompetenssi muissakin asiantuntijaorganisaatioissa hoitotyön omaleimaisuutta vahvistaen. Hoitotyötä ei voi tarkastella irrallisena ilmiönä, vaan tarkastelu tulee

sitoa monelle tasolle aina yksilötasosta yhteiskunnalliseen tarkasteluun asti – kansainvälisiä näkökulmia unohtamatta.

Substanssin asiantuntijuus muodostuu omalta hoitotyön vastuualueelta hankitusta osaamisesta, ja se sisältää erilaiset tutkintoihin johtavat koulutukset ja kaikki itsensä kehittämiseen liittyvät alan koulutukset. Substanssin asiantuntijuus täydentyy jokaisen oman ammatin vaatimusten osaamisesta, jota on koulutusten ohella rakennettu erilaisten työkokemusten ja oppimiskokemusten avulla. Substanssin asiantuntija hallitsee myös hoitoteknologian omalla kliinisellä vastuualueellaan.

> *"Minulla on kokemusta ja vahvaa osaamista työskentelystä jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa."*

> *"Asiantuntijan taidot työssä ovat kehittyneemmät kuin "mekaanisen suorittajan" ja aloittelijan taidot."*

Substanssin asiantuntijuus lisääntyy vähitellen kokemuksen ja koulutusten kautta. Kliiniseksi asiantuntijaksi kehittyminen tapahtuu työtehtävien ja itse työn tekemisen kautta. Omien työtehtävien vaativuus koettiin substanssin asiantuntijuutta kehittävänä, joskin tarvittavan perehtymisen riittävät ajalliset mahdollisuudet ja resurssit korostuivat.

Kollegoiden mentori organisoi arjessa hoitotyötä ja saa esiin kaikkien parhaan osaamisen kaikessa työssä ja tekemisessä. Lisäksi hänellä on syvälliset tiedot ja taidot kliinisestä hoitotyöstä omalla vastuualueellaan, koska hän hankkii aktiivisesti tietoa näyttöön perustuvasta toiminnasta. Hän auttaa kollegoitaan kehittämään omaa kompetenssiaan kullekin sopivalla tavalla. Hän on ylpeä ammatistaan ja ammattinimikkeestään, ja siksi hän pystyy vahvistamaan jokaisen kollegan ammattiylpeyttä.

> *"Kliininen asiantuntija tuo työyhteisölle näkyväksi näyttöön perustuvaa toimintaa."*

> *"Vahvistaa omaa ja toisten, koko työyhteisön ammatti-identiteettiä, osaamista ja onnistumista."*

Oman erityisalueen vahvan osaamisen takia kliininen asiantuntija nähtiin esimerkkinä ja jatkuvan oppimisen ja kehittämiseen tähtäävän työkulttuurin luojana. Häneltä saa vertaistukea ja keskusteluapua kaikissa kliiniseen hoitotyöhön liittyvissä kysymyksissä ja eettisissä ongelmatilanteissa.

Työyhteisön valmentajana kliinisellä asiantuntijalla on koulutuksellinen rooli yli yksikkö- ja organisaatiorajojen. Hän kykenee opettamaan substanssialueensa asioita koko organisaatiossa ja kouluttamaan hoitoprosessin eri vaiheissa kaikkia toimijoita. Hän jakaa kliinistä osaamistaan eri keinoin organisaation kaikilla tasoilla kehittäen toimintaa.

> *"Hän on "kenttätyössä" työyhteisön tukipylväs."*
>
> *"Häntä voi tarvittaessa konsultoida ja häneltä saa apua. Jos kliininen asiantuntija ei osaa auttaa, niin hän etsii henkilön joka osaa."*

Kliinisen asiantuntijan valmentajuus tarkoittaa kollegoiden ja omien työtapojen kehittämistä ja näillä keinoilla koko työyksikön tuottavuuteen vaikuttamista. Kliininen asiantuntija voi toimia lähijohtajan rinnalla auttaen henkilöstöä tunnistamaan omat mahdollisuutensa ja kehittämistarpeensa omalla substanssialueellaan.

Potilaan asianajajana kompetenssi näkyy potilas- ja asiakaslähtöisyys. Hän on potilasta lähellä, ja hänen osaamisensa näkyy potilaskontakteissa ja siinä, miten hän hoitaa potilastyöhön vaikuttavia asioita. Hän ymmärtää potilaan aseman, osaa toimia potilasturvallisuutta vaarantamatta ja ohjaa muitakin potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa.

> *"Asiantuntijan tulee ymmärtää.... potilaan ja asiakkaan asema, pystyäkseen hyödyntämään ammattitaitoaan mahdollisimman monipuolisesti myös asiakkaan etujen mukaisesti ja hyödyksi."*

Potilas ja koettu kliinisen työn vahva substanssiosaaminen koettiin motivaatiota vahvasti ylläpitävinä asioina kaikessa tekemisessä. Ilman asiakasnäkökulmaa ja sen mukanaan tuomaa asiakaslaadun vaadetta ei kliinisen asiantuntijan työllä ole merkitystä.

Innovaatioiden kehittäjänä Kliininen asiantuntija on tulevaisuuteen orientoitunut kehittäjä, jolla on osaamista ja kiinnostusta erilaisiin tutkimus- ja ke-

hittämisprojekteihin. Hän etsii innovatiivisesti uusia ratkaisuja. Hänellä on perustiedot tieteellis-teknisestä tekemisestä, ja hän hallitsee erilaisia tiedonhakumenetelmiä ja teknisiä sovelluksia kehittämistoiminnassaan. Hän pystyy hyödyntämään vieraskielisiä tutkimuksia tietoa etsiessään.

> *"Mikäli asiantuntijuus on sillä tasolla, joka voisi olla kansallisella tai jopa kansainvälisellä tasolla käytettävissä, voidaan puhua jopa tiedettä hyödyntävästä kliinisestä asiantuntijuudesta."*

> *"Oman työn nivominen näkyvämmin muuhun terveydenhuollon toimintaan osaksi alueellista ja sairaanhoitopiirin toimintaa. Myös tiedon viemistä kunnallispäättäjille."*

Kliinisen asiantuntijan on kyettävä nivomaan projektityöt osaksi kaikkea kehittämistyötä, mikä koettiin vaativaksi arjen työssä. Digitaalisen tekniikan haltuunotto ja käyttäminen koettiin työllistäväksi, mutta toisaalta se nähtiin valtavana mahdollisuutena verkostoitumiseen.

Vaikuttajana kliinisen asiantuntijan on verkostoiduttava, sillä ilman verkostoitumista hän ei voi olla vaikuttaja monialaisissa toimijaverkostoissa, joissa osaamista ja asiantuntijuutta hyödynnettään kaikessa uudistamis- ja kehittämistoiminnassa. Hänellä on hyvät yhteiskunnalliset tiedot ja taidot viedä alansa asioita eteenpäin. Hän ei jättäydy päätöksenteon ulkopuolelle yhteiskunnallisissa asioissa eikä toimi ainoastaan oman organisaationsa keskiössä. Hän on aktiivinen myös makrotasolla.

> *"Asiantuntijalla on terveystoimen organisaatioissa tarvittavaa kompetenssia yhdistettynä kokonaisvaltaisten tietojen yhdistelyyn."*

> *"Kykyä toimia projekteissa ja oppia toteuttamaan projekteja."*

> *"Kliininen asiantuntijuus edellyttää muuttuvan maailman ja alaan liittyvän toimintaympäristön huomioimista."*

Sairaanhoitajat korostivat käsityksissään kliinisen asiantuntijan roolia työyksikön asennevaikuttajana, joka näkyy työntekijöiden ja oman yksikön arvomaailmassa. Positiivisen ja aktiivisuutta korostavan ilmapiirin ja kollegiaalisuuteen tukeutuvan työyhteisön avulla koettiin voitavan vaikuttaa niin hoitotyön

laatuun kuin näyttöön perustuvan tiedon jalkauttamiseen kaikkeen yksikön toimintaan ja laajemmin myös oman työyksikön ulkopuolelle.

Palveluiden kehittäminen ja kompetenssit sosiaali- ja terveysalan käytännöissä

Suomessa on käyty viime vuosina keskustelua kompetensessista koulutuksen tuottaman ja asiantijuuteen liittyen. On todettu asiantuntija-käsitteen myös muuttuneen alkuperäisestä tarkoituksestaan yleiskäsitteeksi, joka tarvitsee tarkempaa määrittelyä kertoakseen asiantuntijuuden tasosta, alasta ja vaatimuksista (Korhonen ym. 2008, 10; Arene 2016). Tehty tutkimus auttaa ymmärtämään kliinisen asiantuntijatyön vaatimaa kompetenssin sisältöä vaativassa kliinisessä työssä toimivien sairaanhoitajien näkökulmasta, jolloin heidän kokemuksiensa lisäksi tuloksissa näyttäytyy jokaisen oma persoonallisuus, arvot, elämäntilanne ja kliinisen hoitotyön historia.

Aineiston perusteella voidaan todeta, että asiantuntijan kompetenssin sisältöä tulee tarkastella asteittain etenevänä prosessina, jossa käytännössä toimivat sairaanhoitajat jatkuvasti reflektoivat ja määrittelevät asiantuntijuutta uudelleen luovasti olemassa olevien työtehtävien rajoja ylittäen. Tutkimustulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten (vrt. taulukko 2) kanssa (mm. Benner 1989; Hanhinen 2010; Ahonen 2012a; Numminen ym. 2013; Jokiniemi 2014).

Asiantuntijan työn kannalta tulokset nostavat esille myös tarpeen pohtia, miten sosiaali- ja terveysalan kompetensseja tulisi kehittää paitsi alan johtamistyön kautta niin myös huomioimalla uudistamisen aikaan saaman kokemuksellisuuden. Työntekijät reflektoivat kokemuksiaan uudistuksissa, mikä puolestaan vaikuttaa kompetenssien kehitykseen. Johtaminen on avainasemassa muun muassa siinä, miten kokemuksia reflektoidaan.

Kokemuksellisuuden kannalta avainkysymys on, mikä määrittelee sitä uudistavaa reflektoitumista. Aineistomme viittaa siihen, että kehittämisasiantuntijuus kiinnittyy kompetensseina viime kädessä identiteettiin ja sosiaaliseen minuuteen. Sosiaalinen minuus" eli persoonalliset ominaisuudet ja

Taulukko 2. Yhteenveto tutkimuksista

Tekijä, vuosi, nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja analyysimenetelmä	Keskeisiä tuloksia
Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. 2013 Professional competencies. Professional competence of practising nurses. Ammatilliset kompetenssit. Aloittelevien hoitajien ammatilliset kompetenssit.	Suorittaa vertaileva poikittaistutkimus sairaanhoitajan osaamiskarttaa käyttäen.	Harkinnanvarainen, 2083 sairaanhoitajan otos isosta suomalaisesta yliopistosairaalasta. Aineiston analysointiin käytettiin kuvailevan tilastotieteen menetelmiä, päättelevän tilastotieteen Bonferroni-korjattua varianssianalyysiä sekä Pearsonin ja Spearmanin korrelaatiokertoimia.	Hoitajien kompetenssitaso oli kaiken kaikkiaan hyvä ja hoitotyön laatu korreloi positiivisesti toiminnan tiheyteen. Asiakohtaisella tasolla hoitajien pätevyys ilmeni etenkin yksilöllisessä potilaan hoitotyössä, ammatillisen kompetenssin ylläpidossa ja hoitotyön etiikkaan sitoutumisessa.
Jokiniemi, K., Pietilä, AM., Kylmä, J. & Haatainen, K. 2012 Advanced Nursing Roles: A Systematic Review Vaativat hoitotyön roolit. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Kuvailla ja vertailla vaativia hoitotyön rooleja sekä pohtia voiko vaativan hoitotyön määritelmästä päästä kansainväliseen yksimielisyyteen.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Vaativan hoitotyön rooleja kolmessa maassa kuvaavan kirjallisuuden analysointi ja syntetisointi. Laadullinen sisällön analyysi.	Hoitotyön konsultin, hoitotyön kliinisen asiantuntijan ja kliinisen hoitotyön neuvojan roolit olivat samanlaiset. Roolit vaihtelivat ilmeisesti organisatoristen ja yksilöllisten valintojen takia, eivät maakohtaisesti. Laaja-alaisen kliinisen asiantuntijatyön käsitteen tarkempi määrittely ja käyttöönotto muissa kulttuureissa vaatii lisää työtä.
Wallin, O. 2012 Asiakassuhde ja hyvinvointityöhön sitoutuminen.	Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työntekijöiden työhön sitoutuminen. Minkälaisia merkityksiä ja diskursseja työntekijät konstruoivat työhön sitoutumisesta ja miten he tulkitsevat suhdettaan työhön	Diskurssianalyysi	Hyvinvointityöhön sitoutumista tulee tarkastella eri merkityksiä ja suhteita sisältävien ulottuvuuksien kautta; työntekijän ja organisaation suhde, lisäksi työntekijän henkilökohtainen suhde hyvinvointityöhön, työntekijän suhde omaan ammatillisuuteen ja asiakkaisiin sekä työntekijän suhde hyvinvointityön institutionalisoituneisiin rakenteisiin.

Fagerström, L. & Glasberg, AL. 2011 The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland – the perspective of nurse leaders. Kliinisen asiantuntijan roolin ensimmäinen arviointi Suomessa – hoitotyön johtajien näkökulma	Tutkia ja kuvata hoitotyön johtaijen kokemuksia laajavastuisen kliinisen asiantuntijan roolista.	Suomen ensimmäiset kliiniset asiantuntijat (17) valmistuivat 2006. Valmistumisensa jälkeen he työllistyivät seitsemään eri organisaatioon. Sisällön analyysi.	Kliiniset asiantuntijat ovat tärkeä voimavara näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä ja terveyspalvelujen saatavuuden parantamisessa.
Nieminen, A.-L., Mannervaara, B. & Fagerström, L. 2011 Advanced Practice Nurses Scope of Practice – A Qualitative Study of Advanced Clinical Competencies Kliinisen asiantuntijan työnkuva – laadullinen tutkimus kliinisistä asiantuntija-kompetensseista	Tutkia ja kuvata kliinisen asiantuntijan kliinisiä kompetensseja ja niiden ilmentymistä kliinisessä työssä.	Täsmäryhmä-haastatteluja asiantuntijatehtävissä työskenteleville kliinisille asiantuntijoille (n=26) ja kliinisiksi asiantuntijoiksi opiskeleville (n=8).	Kliinisillä asiantuntijoilla on vaativan tason kliinisiä kompetensseja a) arvioida potilaan hoidollisten tarpeiden ja niiden vaatimien hoitotyön keinojen arviointiin, b) olla hoidollisessa vuorovaikutussuhteessa, c) osallistua moniammatilliseen tiimityöhön, d) kehittää kompetensseja ja hoitotyötä, ja e) vaikuttaa oppimisen ja hoitamisen kulttuuriin.
Hanhinen, T. 2010 Työelämä-osaaminen: Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmien konstruonti.	Tarkoituksena on rakentaa viitekehys työelämäosaamisesta ja sen osatekijöistä helpottamaan ja tehostamaan työelämän eri osapuolten yhteistyötä heidän selvitellessään osaamisvaatimuksia	Satakuntalaisista työorganisaatioista kerätyt puolistrukturoidut haastattelut. Työelämäosaamisen teoreettinen malli on synteesi tutkimuksen käsitteiden käsiteanalyysistä, tutkijan omista käsitemäärittelyistä ja -jäsennyksistä sekä teoreettisesta pohdiskelusta.	1. Työelämäosaamisen malli jäsentyy sen tunnistettujen rakenneosien kautta, joita ovat kvalifikaatiot, kompetenssi ja ammattitaito. Malliin liittyvät ammatillisen kasvun ja kehittymisen prosessit, jotka ovat oleellisia ilmiön kontekstin näkökulmasta. 2. Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmä

Katajamäki, E. 2010 Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta	Moniammatillisuuden oppiminen monialaisen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalla.	Laadullinen tapaustutkimus ja aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä.	Yksilön ominaisuutena moniammatillisuus tarkoittaa sosiaali- ja terveysalan yleisiä taitoja, jotka ovat moniammatillisuuden edellyttämää pätevyyttä. Sitä ovat ongelmanratkaisu-, tiimityö-, johtamis-, projektityöskentely-, kehittämis- ja ohjaustaidot. Näihin liittyvät tunteet, asenteet ja yksilötason erilaiset vuorovaikutustaidot.
Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2010 Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta	Artikkeli kuvaa, miten asiantuntija-toimintamalli toimii näyttöön perustuvassa päätöksenteossa ja käytäntöjen yhtenäistämisessä (STM 2009).	Esimerkkinä keskosten hoitoon liittyvien infektioiden vähentämishanke/hankkeen yhden vaiheen tarkastelu (Sovellettu STM 2009).	Näyttöön perustuva toiminta (NPT) edellyttää vakiintuakseen tukirakenteita. Erilaisten asiantuntijoiden toiminta tuo synergiaetua. Lähimpänä potilasta toimivat tarvitsevat tiivistettyä tietoa NPT:stä. Erilaiset asiantuntijat sekä soveltavat että tuottavat tietoa näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi.
Fagerström, L. 2009 Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. Kliinisten asiantuntijoiden työnkuvan ja koulutuksen kehittäminen Suomessa	Kuvata kliinisten asiantuntijoiden tarvetta Suomessa sekä terveyden edistämisen ja vaativan kliinisen hoitotyön maisteriohjelman kehitystä.	Kysely hoitotyön johtajille (24) ja ryhmähaastatteluja kliinisille asiantuntijoille (46). Sisällön analyysi.	Laajennettu rooli sisältää kliinisiä taitoja ja vastuuta ennaltaehkäisystä, terveyden edistämisestä, koulutuksesta, ohjauksesta, johtamisesta, tutkimuksesta ja kehittämisestä.
Korhonen, A., Ukkola, L. & Isola, A. 2008 Kliinisen asiantuntijan toimi. Asiantuntijapaneeli tukena toimen muodostamisessa.	Kuvailla ja arvioida kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimeen kuuluvia roolia ja tehtäviä	Delphi-menetelmä Suomen yliopistollisten sairaaloiden hoitotyön johtajat ja yliopistojen hoitotieteen professorit ja dosentit (N108) Sähköinen kyselylomake, sisällön analyysi, jakauman tunnusluvut ja merkitsevyystesti	Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan tehtäviksi kiteytyivät hoitotyön kehittäminen, tutkimus, koordinointi ja yhteistyö.

Kuoppamäki, R. 2008 Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot asiantuntijuuden kehittäjänä: tieto- ja viestintätekniikan erikoistumisopintojen vaikuttavuus terveysalalla	Tarkoituksena on arvioida ammattikorkeakoulun erikoistumisopintojen vaikuttavuutta sekä pohtia erikoistumisopintojen tehtävää osana korkeakoulujärjestelmää	Laadullinen ote soveltaen kohderyhmän hyötyä painottavaa arvioinnin metodologiaa. Aineistot kerättiin pitkittäistutkimuksena kolmessa vaiheessa vuosina 2001–2005. työnantajataholta, koulutuksen kehittäjätaholta ja ammattijärjestötahon asiantuntijataholta.	Erikoistumisopinnoissa tulee tavoitella sekä ammattispesifisen osaamisen, yleisten työelämävalmiuksien että itsesäätelyvalmiuksien kehittymistä pyrittäessä asiantuntijuuden kehittymiseen ja koulutuksen vaikuttavuuteen.

sosiaaliset taidot välittyvät kliinisen asiantuntijan kaikessa toiminnassa ja luovat sen pohjan, jolle kliinisen asiantuntijan kompetenssi rakentuu. Kliinisenä asiantuntijana toimivalla sairaanhoitajalla on hyvät vuorovaikutus- ja ryhmätyötaidot sekä esiintymistaidot. Omat persoonalliset piirteet ja kyvyt sekä motivaatio ja into hoitotyöhön ja palveluiden kehttämiseen heijastuvat kaikkiin vuorovaikutustilanteisiin. Niiden avulla rakentuu oma, persoonallinen tapa toimia ja työskennellä jatkuvasti muuttuvissa hoitotyön toimintaympäristöissä uudistuvissa palvelurakenteissa. "Sosiaalinen minuus" vaikuttaa jokaiseen kompetenssin osa-alueeseen jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Ilman kokoaikaista vuorovaikutusta kaikkien osa-alueiden kesken kompetenssin sisältö jää vajavaiseksi kliinisessä asiantuntijatyössä. "Sosiaalinen minuus" vahvistaa hoitotyön asiantuntijan omanäköistä kompetenssia kliinisessä hoitotyössä sillä vastuualueella ja siinä palveluketjun vaiheessa, missä hän työskentelee.

Kompetenssin kehittäminen käynnistyy oman kompetenssin tunnistamisesta ja motivaatiosta (vrt. Kanfer & Ackerman 2013; Katajamäki 2010). Vahva motivaatio näkyi tässä aineistossa työyhteisön ja itsensä kehittämisenä. Kliininen, oman substanssialueen vaativa osaaminen koettiin tärkeänä kompetenssin osa-alueena samoin kuin potilaan asianajajana toimiminen. Myös Niemisen ym. (2011) mukaan kliininen kompetenssi rakentuu vahvasta kliinisestä osaamisesta ja kompetenssien kehittämisestä. Hänen tutkimuksessaan potilaan tilan arviointi ja hoidollinen suhde nousivat esiin vahvemmin kuin tässä aineistossa. Tässä tutkimuksessa potilasturvallisuus osana hoitamisen substanssia ei tullut tuloksissa voimakkaasti esiin, vaikka vaativaa kliinistä hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa varmistamassa laadukasta ja turvallista hoitoa asiakasrajapinnassa.

Kompetenssin osa-alueet muodostuivat myös vahvasta valmentajuudesta ja mentoroinnista. Sosiaali- ja terveysalan asiantuntijalla on valmiudet kouluttaa, ohjata ja valmentaa kollegoita sekä suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoitotyön palveluprosesseja laaja-alaisella substanssiasiantuntijuudellaan, kehittämisosaamisellaan ja osaamisen johtamisellaan. STM (2009) on määritellyt asiantuntijuustyypit, mutta tämän aineiston mukaan työyhteisöosaamiseen liittyy vahvasti myös valmentajuus ja mentorointi. Aineistossa esimiesten ja

kollegoiden tuki nähtiin merkittävänä kompetenssin sisällön muodostumisessa, mutta persoonallisuuspiirteet kuitenkin korostuivat (vrt. Wallin 2012) Tämän tiedon hyödyntäminen voi antaa uusia mahdollisuuksia työyhteisön yhdessä kehittymiseen ja kehittämiseen.

Johtopäätökset

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että asiantuntijan kompetenssin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen – kuten sairaanhoitaja – näkee itsensä vahvana asiantuntijana omalla hoitotyön vastuualueellaan ja on ylpeä ammatistaan. Kompetenssin nähdään antavan tietoa ja taitoa näyttöön perustuvaan asiantuntijatyöhön erilaisissa vaativissa toimintaympäristöissä sekä palvelujen, palveluketjujen että substanssin kehittämistyössä niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin.

Sosiaali- ja terveysalalla johtamisen haasteena on, miten huomioida laaja-alaisesti työntekijöiden erilaisia rooleja kehittämistoiminnassa. Parhaimmillaan erilaiset roolit tuovat työyhteisöihin diversiteettia eli erilaisia tulokulmia kehittämiseen, jolloin tarkoituksemukainen johtaminen perustuu moniääniseen johtamiseen (Stenvall, Nyholm & Rannisto 2014). Eri kompetensseihin perustuvat roolit edellyttävät esimiehiltä kykyä kehittämistyötä tekevien yksilölliseenkin kohtaamiseen, koska roolit voivat vaihdella työtekijöittäin (Räsänen & Nyfors 2014). Samalla johtamisessa olisi omaksuttava joko–tai-näkökulman sijasta sekä–että-näkökulma. Usein sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kykenevät kehittämään paitsi ammatillista työtään niin myös palveluketjuja asiakasrajapinnoissa.

Jatkossa kompetenssikeskustelua tulee jatkaa tiedostaen, ettei kompetenssi ole yksittäinen tieto, taito tai persoonallisuuspiirre vaan kompetenssin kehittyminen on monitasoinen, kaikkien kliinisessä hoitotyössä vaadittavien kompetenssin osa-alueiden jatkuva keskinäinen vuorovaikutusprosessi unohtamatta ”sosiaalista minuutta”. Nykyisissä meneillään olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudistushankkeissa on keskitytty lähes kokonaan hallinnollisiin ja rakenteellisiin kysymyksiin, minkä vuoksi olisi kiinnostavaa

tutkia, miten erilaiset rakenteelliset muutokset heijastuvat palveluihin ja sitä kautta työntekijöiltä vaadittavan kompetenssin sisältöön asiakasnäkökulman yhä korostuessa. Kiinnostavaa olisi myös tietää, miten kompetenssi näkyy arjen toiminnassa eli siinä, kuinka sosiaali- ja terveysalla asiantuntijana toimitaan. Kompetenssikeskustelua voidaan suunnata myös asiantuntijaan itseensä liittyvien kompetenssien, kuten persoonallisten ominaisuuksien, arvojen, asenteiden ja motivaation merkitykseen ja näiden tekijöiden ja kompetenssin eri osa-alueiden yhteyksiin. Tulevaisuuden kompetenssien tutkiminen on enemmän kuin ajankohtaista kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa ja toimintaympäristöissä laajemminkin.

Luvun tärkeimmät viestit johtajille ja esimiehille:

1. Haasteena sosiaali- ja terveysalan organisaatioiden johtajille on työntekijöiden vaadittavien kompetenssien määrittely osaamisen näkökulmasta eli mitä työ edellyttää tekijältään.
2. Palveluiden kehittämisen johtamisessa tulee huomioida kompetenssejä kehittävä kokemuksellisuus.
3. Henkilöstön/hoitohenkilöstön tulee pystyä tunnistamaan oma osaamisensa ja kompetenssinsa työskennellessään asiantuntijoina palveluketjun eri vaiheissa
4. Koulutuksessa osaamisperustaisuus kaikilla koulutuksen tasoilla ja kaikessa näkyväksi, koska toimintaympäristöt ja digitalisaatio tulevat vaikuttamaan osaamiseen ja kompetensseihin

Lähteet

Aarva, K. (2009). Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Acta Universitatis Tamperensis 1421. Tampere: Tampere University Press.

Ahonen, P. (toim.) (2012). Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162588.pdf (8.1.2014).

Arene = Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto (2010). Suositus tutkintojen kansallisen viitekehyksen (NQF) ja tutkintojen yhteisten kompetenssien soveltamisesta. http://www.scribd.com/doc/30195987/ARENEn-Suositus-NQFn-Ja-Yhteisten-Kompetenssien-Soveltamisesta#scribd (26.1.2015).

Arene = Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto (2016). Ammattkikorkeakoulujen maisterikoulutus osaamisen uudistajan ja kansallisena innovaationa. http://arene.fi/fi/ammattikorkeakoulut/vaikuttavuus/yamk-rake-selvitys. (10.10.2016).

Benner, P. (1989). From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company.

Bourgon, J. (2008). The Future of Public Service: A Search for a New Balance. The Australian Journal of Public Administration, Vol 67, no 4, 390–404.

EQF = The European Qualifications Framework for Lifelong Learning. https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/leaflet_en.pdf (8.1.2015).

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E.-L. (2015). Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto & Suomen sairaanhoitajaliitto ry. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammatillinen-osaaminen.pdf (28.9.2015).

Fagerström, L. (2009). Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. International Nursing Review, 56, 269–272.

Fagerström, L. & Glasberg, A.-L. (2011). The First Evaluation of the Advanced Practice Nurse Role in Finland – the Perspective of Nurse Leaders. Journal of Nursing Management, 19, 925–932.

Fagerström, L. (Red.) (2012). Avancerad klinisk sjuksköterska. Avancerad klinisk omvårdnad i teori och praxis. Lund: Studentlitteratur.

Hanhinen, T. (2010). Työelämäosaaminen: Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmien konstruointi. Acta Universitatis Tamperensis. Tampere: Tampere University Press.

Harisalo, R. (2009). Organisaatioteoriat. Tampere: Tampere University Press.

Heikkinen, K. (2011). Cognitively Empowering Internet-Based Patient Education for Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients. Turun yliopiston julkaisuja. Medica-Odontologica D 973. Turku: Turun yliopisto.

Jokiniemi, K. (2014). Clinical Nurse Specialist Role in Finnish Health Care. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences, no 249. Kuopio: University of Eastern Finland.

Kallio, T. (2015). Ammattilaisbyrokratiat tehokkuuden aikakaudella – Tasapainoilua asiantuntijaeetoksen ja tehokkuuspaineiden välillä. Acta Universitatis Tamperensis 2029. Tampere: Tampere University Press.

Kanfer, R. & Ackerman, P. (2013). Work Competence: A Person-Oriented Perspective. In A.J. Elliot & C.S. Dweck (Eds). Handbook of Competence and Motivation. New York: The Quilford Press, 336–353.

Katajamäki, E. (2010). Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Tampere: Tampere University Press.

Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2010). Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. Tutkiva hoitotyö, 8(3), 38–45.

Korhonen, A., Ukkola, L. & Isola, A. (2008). Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimi. Asiantuntijapaneeli tukena toimen muodostamisessa. Hoitotiede, 20(3), 126–137.

Kuoppamäki, R. (2008). Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot asiantuntijuuden kehittäjänä: tieto- ja viestintätekniikan erikoistumisopintojen vaikuttavuus terveysalalla. Tampere: Tampere University Press: Taju.

Laitinen, I. & Stenvall, J. (2016). Entering the era of third generation services – a comparative study of reforms in social and health care services. Journal of Adult and Continuing Education, Vol. 22(1), 68–87.

Lehto, A. & Nuutinen, M.-L. (2005). Hoitotyön johtamisen moniulotteisuus. Kirjallisuuskatsaus yliopistojen opinnäytetöiden hoitotyön johtamisen tutkimukseen vuosilta 1994–2004. Kuopio: Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Lönnblad, J. & Vartiainen, M. (2013). Tulevaisuuden kompetenssit globaalissa työssä. Teoksessa A. Rouhelo & H. Trapp (toim.). Tulevaisuuden asiantuntijuutta rakentamassa. Turku: Turun yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Brahea, 10–15.

Mahanes, D., Quatrara, B. & Shaw, K. (2013). APN-led nursing rounds: An emphasis on evidence-based nursing care. Intensive & Critical Care Nursing, 29(5), 256–260.

McClelland, D. (1973). Testing for Competence Rather than for "Intelligence". American Psychologist, 28, 1–14.

McIntosh, J. & Tolson, D. (2009). Review of Advanced Nursing Practice: The International Literature and Developing Generic Features. Journal of Clinical Nursing, 16(1), 28–37.

Meretoja, R. (2003). Nurse Competence Scale. Turku: Turun yliopisto.

Mikola, S. (2008). Ohjelmajohtaminen kunnissa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Minzberg, H. (1983). Power In and Around Organizations Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.

Nieminen, A.-L., Mannervaara, B. & Fagerström L. (2011). Advanced Practice Nurses Scope of Practice – A Qualitative Study of Advanced Clinical Competeccies. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25(4), 661–670.

Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. (2013). Professional Competencies. Professional Competence of Practising Nurses. Journal of Clinical Nursing, 22, 141–1 423.

OKM = Opetus- ja kulttuurimisteriö (2016) Korkeakoulujen rakenteellinen kehittäminen. http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/Hankkeet/rakenteellinen_kehittaminen/ (5.10.2016).

Pietiläinen, V. (2010). Johtajan ammatillisten kompetenssien profiloituminen kompleksisessa toimintaympäristössä. Tapausesimerkkeinä opetustoimen alaiset oppilaitosorganisaatiot. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Redwood, S., Lloyd, H., Carr, E., Hancock, H., McSherry, R., Cambell, S. & Graham, I. (2007). Evaluating Nurse Consultants' Work through Key Informant Perceptions. Nursing Standard, 21, 35–40.

Räsänen, M. (2013). Johtamisen kompetenssin sisältö ja sen kehittyminen terveydenhuollon lähijohtajien kuvaamana. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 41(1), 48–64.

Räsänen, M. & Nyfors, H. (2014). Hoitotyön johtamiskompetenssi ja sen vaikutukset lähijohtamiseen. Premissi, 5, 52–59.

Saaren-Seppälä, R. & Karjalainen, V. (2007). Kehittämistyön risteyksiä. Keuruu: Gummerus.

Sairaanhoitajat (2016a). Sairaanhoitajat.fi sivusto. Viitattu 04/2016. https://sairaanhoitajat.fi/2016/rehula-moniammatillinen-tyo-lisaantyy/ (5.10.2016).

Sairaanhoitajat (2016b). Sairaanhoitajien uudet työnkuvat laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf (5.10.2016).

Salonen, I. (2009). Ammatillisen kasvun edellytykset hallinto-organisaatiossa. Acta Universitatis Tamperensis 1420. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Sarajärvi, A., Mattila L.-R. & Rekola, L. (2011). Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sitra (2016). http://www.sitra.fi/tutkimus-ja-koulutus/ratkaisu100 (5.10.2016).

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). STM:n tiedote 124/2016. Valtiovarainministeriö 31.8.2016. Helsinki.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö (2016). STM:n tiedote 127/2016. Valtiovarainministeriö 2.9.2016. Helsinki.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita (2012). Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta, 7/2012. Helsinki, 21–23.

Stenvall, J., Syväjärvi, A. & Vakkala, H. (2008). "Kun romppeet ovat paikallaan". Onnistunut kuntafuusio – pehmeä vai kova henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Stenvall, J. & Airaksinen, J. (2009). Manse mallillaan – Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Acta 11. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Stenvall, J., Rannisto, P.-H., Leponiemi, U. (2012). Johdanto. Teoksessa U. Leponiemi & P.-H. Rannisto, J. Stenvall, I. Lumijärvi & R. Harisalo (toim.). Kehittämistoiminta kunnissa – Kuntien kehittämisprosessien hallinnan nykytila ja käytännöt. Acta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 7–16.

Stenvall, J. & Tyvitalo, J. (2013). Tietoon perustuva palveluiden kehittäminen kunnissa – tapaukset Lahti ja Turku. Teoksessa I. Lumijärvi, R. Harisalo, J. Stenvall, P.-H. Rannisto, A. Liski, A. Hatakka & J. Tyvitalo (toim.). Kohti tuloksellista kehittämistoimintaa. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 113–126.

Stenvall, J., Nyholm, I. & Rannisto, P.-H. (2014). Polyhonous leadership and middle managers. International journal of Leadership in Public Services, Vol 10, no 3, 172–184.

Stenvall, J. & Virtanen, P. (2015). Intelligent Public Organization. Public Organization Review. December, 1–15. http://link.springer.com/article/10.1007/s11115-015-0331-1

Stenvall, J., Virtanen, P. (2012). Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna: Tietosanomat.

Syvänen, S., Kasvio, A., Loppela, K., Lundell, S., Tappura, S. & Tikkamäki, K. (2012). Dialoginen johtaminen innovatiivisuuden tekijänä. Työelämän tutkimuksen arviointihanke (DINNO). Helsinki: Työterveyslaitos.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 §2. http:www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326 (15.1.2014).

Tevameri, T. (2014). Matriisirakenteen omaksuminen sairaalaorganisaatioissa – Rakenteeseen päätyminen, organisaatiosuunnittelu ja toimintalogiikan hyväksyminen. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.

Tevameri, T. & Virtanen J.V. (2013). Tilivelvollisuuden organisointi ja ilmeneminen matriisirakenteessa sairaalaorganisaatiossa, case TYKS matriisiorganisaatio-uudistus. Hallinnon Tutkimus, 32(4), 251–269.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2013). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtanen, J. (2010). Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Sarja/Series A-2:2010. Turun kauppakorkeakoulu.

Virtanen, P., Laitinen, I. & Stenvall, J (2016). Street-level bureaucrats as strategy shapers in social and health service delivery: empirical evidence from six countries. International Social work. (Accepted).

Wallin, O. (2012). Asiakassuhde ja hyvinvointityöhön sitoutuminen. Hallinnon Tutkimus, 31(2), 85–98.

WHO= World Health Organisation 2015. European strategic directions for strengthening nursing and midwiferytowards Health 2020 goals. WHO Regional Office forEurope. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/274306/European-strategicdirections-strengthening-nursing-midwifery-Health2020_en-REV1.pdf?ua=1 (1.9.2016).

Kirjoittajat: Marjo Räsänen on akuuttihoitotyön yliopettaja Tampereen ammattikorkeakoulussa, Jari Stenvall hallintotieteen professori Tampereen yliopistossa ja Katja Heikkinen terveyden ja hyvinvoinnin vanhempi lehtori ja koulutus- ja tutkimusvastaava Turun ammattikorkeakoulussa.

Uudistuvat verkostot ja yhteistyörakenteet johtamisessa*

Vuokko Niiranen

Johdanto: Muuttuvat toimintaympäristöt ja uudistuvat organisaatiot sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamisessa

Sosiaali- ja terveyspalvelujen johtajan työssä – työskentelipä hän millä organisaatiotaholla tahansa – kohtaavat mielenkiintoisella tavalla niin sidosryhmien, poliittisten päättäjien, ammattiryhmien, asiakkaiden kuin laajemmin kansalaisten sekä valtiontason odotukset toimintaa ja sen tuloksellisuutta kohtaan. Johtamista ja johtajan työtä voidaan tarkastella organisaatiotasolla ainakin kolmen eri tason vuorovaikutuksen kohtaamispaikkana. Ensiksi, toiminnan ja palvelujen yhteiskuntapoliittiset tehtävät ja tavoitteet ohjaavat sekä ympäristöstä että substanssistaan käsin määrittyvinä sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamista. Toiseksi, palvelujärjestelmät sekä niiden organisatoriset, sosiaaliset, poliittiset ja toiminnalliset kontekstit tuottavat johtamiseen erilaisia ja joskus keskenään ristiriitaisiakin odotuksia ja tuloksellisuustavoitteita. Kolmanneksi, organisaation sisäinen toiminta, tehtäväalue sekä eri professioiden sisäiset ja keskinäiset suhteet ja asioiden johtaminen määrittävät johtajan työtä. Johtaja suhteuttaa omaa johtamistyötään aina sekä toiminnan ulkoisiin että organisaation sisäisiin vaatimuksiin ja nämä vaatimukset näkyvät johtajan työssä.

* Luku on osa Suomen Akatemian ja Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamaa Competent workforce for future – Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon murroksessa COPE – tutkimuskonsortioon kuuluvaa Itä-Suomen yliopiston ”Johtaminen, hallinto ja päätöksenteko sosiaali- ja terveyspalveluissa -osahanketta. Koko COPE-hanketta koordioi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Johtamisen diversiteetti eli monialaisuus näkyy muun muassa siinä, että sekä strategista että henkilöstövoimavarojen johtamista ohjaavat organisaation perustehtävän ohella käytössä olevat resurssit ja toimintaan kohdistuvat tuloksellisuustavoitteet. Lisäksi johtamiseen vaikuttavat organisaation, sitä koskevan päätöksenteon, toimijoiden ja johtajan erilaiset verkostot sekä keskinäiset riippuvuudet. Myös johtajan motivaatio ja hänen itselle luomansa tavoitteet näkyvät johtamistyössä. Johtaja on aina organisaationsa edustaja ja toteuttaa hänelle asetettuja tehtäviä. Johtaja kuitenkin määrittelee itse rooliaan erityisesti silloin, kun se liittyy johdettavan organisaation tavoitteiden saavuttamiseen, eri organisaatioiden välisiin kilpailullisiin asemiin ja organisaation puolustamiseen, tai toiminnan sisällölliseen uudistamiseen (Pfeffer & Salanick 2003).

Philip Selznick kuvasi jo vuonna 1957 johtamisen sisältöihin ja johtamisen sosiaalisiin ulottuvuuksiin sisältyviä erilaisia tehtäviä. Näitä ovat organisaation institutionaalisen tehtävän määrittely, työyhteisön tarkoituksen osoittaminen, työyhteisön puolustaminen, ja konfliktien ratkaiseminen. Nämä ulottuvuudet näkyvät ja ne ovat tunnistettavissa edelleen 2010-luvun lopulla sosiaali- ja terveysalan johtajien työssä. Niiden lisäksi johtamisen toimintaympäristön muutokset, johdettavan työn ja organisaatioiden monimuotoisuus sekä uudet moniammatilliset ja monialaiset organisaatiomuodot ovat yhä vahvemmin läsnä johtamisessa. Ammatillinen erikoistuminen, eri professioiden väliset jännitteet ja keskinäinen kilpailukin sekä organisaatioiden eriytyminen näkyvät aina johtajan työssä. Samaan aikaan sosiaali- ja terveyspalvelujen johtajalta odotetaan myös kykyä johtaa uudenlaisia moniammatillisia verkostoja ja rakentaa aivan uudenlaisia, eri organisaatiota ja toiminnan tasoja yhdistäviä toimintamalleja.

2010-luvun lopulla jo meneillään olevien ja uuden, suunnitteilla olevan ja laajemman sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä lisääntyvä kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatioiden yhtiöittäminen tai uusien toimialan uusien liikelaitosten perustaminen on niin ikään prosessi, joka koskettaa sekä henkilöstöä, johtajia että päätöksentekijöitä uudella tavalla. Kyse on sekä asenteiden ja toimintatapojen muutoksista, että organisaation

tehtävien muutoksista, uudistuksen aikatauluista ja sitä, mitä esimerkiksi siirtyminen kunnallisen organisaation palvelussuhteesta yksityisen liikelaitoksen palveluihin voisi tarkoittaa (Seppä & Virolainen 2014).

Luvussa tarkastellaan niitä kontekstuaalisia ja erilaisiin ammatillisiin tai organisatorisiin rakenteisiin liittyvä tekijöitä, jotka hyvin toimiessaan mahdollistavat tavoitteiden saavuttamisen johtajan työssä. Näitä ovat johtaminen uudenlaisissa moniammatillisissa, hajautetuissa, hybridimuotoisissa ja verkostomaisesti toimivissa organisaatioissa. Moniammatillisuus ja eri ammattiryhmien yhteistyö organisaatioiden sisällä on tosin ollut jo vuosikymmeniä tavallista eräillä sosiaali- ja terveydenhuollon erikoistuneilla alueilla, kuten kasvatus- ja perheneuvolatoiminnassa jo 1940-luvulta lähtien, tai lasten- ja nuorisopsykiatrian alueella 1960-luvulta alkaen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa johtamisen toimintaympäristöt ovat muuttuneet, ja ne muuttuvat edelleen sekä kansainvälisten ja kansallisten ohjausmekanismien, organisaatiouudistusten, talouspoliittisten tilanteiden että väestörakenteen muutosten johdosta. Myös alan kansainvälisen ja kansallisen yritysten osuuden kasvu, kansainvälinen rekrytointi sekä ulkomaalaistaustaisen työvoiman osuuden kasvu lisäävät johtajan osaamisvaatimuksia (Pitkänen 2012; Jansons & Zanoni 2014). Uudenlainen hybridimuotoinen organisaatio voi sisältää kaikkia edellä mainittuja organisaatiotyyppejä.

Luvussa pohditaan myös moniammatillisten työyhteisöjen johtamisen kysymyksiä mielikuvia ja valtarakenteita tuottavien kielen vallan tunnistamisen avulla. Johtamista tarkastellaan laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden kontekstissa ja yleisemmällä organisaatioteoreettisella tasolla. Luvun lopussa kootaan yhteen johtamiseen kohdistuvien erilaisten ja eri johtamisen tasoja koskevien odotusten tematiikka.

Johtajan työn monialaisuus ja moniulotteisuus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen organisaatiot ja toiminnallinen kokonaisuus ovat 2010-luvun lopulla hyvin erilaisten tavoitteiden ja erityyppisen ohjauksen kohteena. Palvelut ovat valtakunnallisen ja usein myös paikallisen sosiaali- ja

terveyspolitiikan väline ja niissä näkyvät kulloisetkin politiikan ja talouden muutokset. Samaan aikaan ne ovat myös lakisääteisten palvelujen tuottamisen konkreettinen organisaatio ja uudistuvissa toimintarakenteissa myös uudenlaisen yksityisen ja julkisen toimintamallin kohtaamispaikka sekä mahdollisesti uudenlaisten verkostokumppanuuksien alusta (Niiranen & Lammintakanen 2014a). Sosiaali- ja terveyspolitiikan alueella on ollut ja on edelleen meneillään laajempien muutosten ja erilaisten rajatumpien uudistusten prosessi. Muutokset ja uudistukset koskevat sekä toiminnan tavoitteita, palveluiden järjestämistä, yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin välisiä suhteita, että työn kohdentumista ja sisällöllistä monialaisuutta. Uudistamisodotukset kohdistuvat myös henkilöstön erilaisiin osaamisvaatimuksiin, työn tekemisen fyysiseen sijaintiin sekä työprosesseihin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista voidaan kuvata moniulotteisen johtamisen mallin avulla. Johtajan työssä ovat yhtä aikaa vahvasti läsnä sekä organisaation sisäiset että sen ulkoiset ulottuvuudet, ja sekä toiminnan joustavuuteen ja responsiivisuuteen että toiminnan ja palvelujen hallintaan ja ennakoitavuuteen liittyvät odotukset. Johtaja kohtaa työssään laajemmat yhteiskunnalliset, taloudelliset ja toiminnalliset odotukset, ja samaan aikaan myös organisaation sisäiset, perustehtävään ja sen kehittämiseen, ja palvelun tuottamiseen sekä asiakkaiden odotuksiin ja myös eri työtekijäryhmien näkökulmiin liittyvät tavoitteet. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat vahvasti professionaalinen tehtäväalue. Työn ammatillinen ulottuvuus ja sen hallinta ovat pitkään määritellet myös johtajan kompetenssia. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa johtajalta edellytetään samanaikaisesti sekä toiminnan uudistamista että palveluiden ennakoitavuuden ja laadun varmistamista. Lisäksi häneltä odotetaan myös sekä palveluiden responsiivisuudesta ja tuloksellisuudesta huolehtimista että työntekijöiden ammatillisen osaamisen ja henkilöstövoimavarojen johtamista. (Quinn 1988; Niiranen 2014.)

Toimintaympäristön muutokset, palvelujen käyttäjien ja myös rahoittajien erilaiset vaatimukset, kehittämistavoitteet ja lisääntynyt verkostomaisuus lisäävät sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvia innovatiivisuuden ja toiminnan responsiivisuuden odotuksia (Antila 2012). Johtajien työssä ovat jo pit-

kään näkyneet organisaation sisäisten prosessien ohella samanaikaisesti monet organisaation ulkopuolelta tulevat asiat; äkilliset ulkopuoliset kansalliset tai laajemmat kansainväliset rakennemuutokset, väestön – myös työntekijöiden ikääntyminen sekä kansallinen ja kansainvälinen muuttoliike, sekä laajemmat julkisen hallinnon uudistukset ja kunta–valtio-suhteen muutokset. Myös monet erilaiset johtamiseen liittyvät opit, johtamismallit, kehittämishankkeet, linjaukset tuloksellisuuden parantamisesta sekä niitä koskevat poliittiset ratkaisut ovat johtajan työssä läsnä samanaikaisesti. (Niiranen & Lammintakanen 2014a, 18–19.)

Uudistuvissa sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa korostuu myös tavoite luoda uudenlaisia, moniammatillisia toimintakokonaisuuksia ja työyhteisöjä. Tämän odotetaan häivyttävän tai madaltavan perinteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon sektorirajoja. Tämä näkyy organisaatioiden päätöksenteossa ja johtajien työssä, mutta siinä näkyvät myös sosiaali- ja terveyspalvelujen eri tehtävissä työskentelevien vahvojen ammattilaisten tehtäväalueet, mahdolliset valta- ja professioreviirit, ja samalla myös ammattiryhmien sisällä olevat erikoistumisalueet ja niiden hierarkkiset rajapinnat. Samaan aikaan johtajien työssä lisääntyy myös tarve tunnistaa uudenlaisten, monimuotoisten ja hajautettujen organisaatioiden johtamiseen ja näissä organisaatiossa työskentelemiseen liittyvät erityispiirteet. Sinänsä organisaatioiden toimintarakenteiden ja -tapojen uudistaminen tai hajautetut organisaatiot eivät ole kuitenkaan ole uusi asia. Erilaiset yhteiskunnalliset muutosprosessit, muuttoliike, eri ammattiryhmien toimintatapojen muuttuminen sekä organisaatioiden sijainnin, tai elinkeinorakenteiden muutokset ovat ilmiöitä joita on tunnistettu jo vuosikymmeniä, jopa vuosisatoja. Laajemmat asenteiden, arvojen ja poliittisten voimasuhteiden muutokset näkyvät myös sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisessa. (Duncan & Schoor 2014; Leemans 1976.)

Sosiaali- ja terveysjohdon työhön kohdistuvia, usein ristiriitaisiakin odotuksia selittää osittain se, että aiemmin vahvasti valtion ohjaamana ollutta kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen aluetta kehitetty 1990- ja 2000-luvulla erilaisten kansallisten reformien, desentraalisaaton ja norminpurun myötä käyttäjä-, asukas- ja kuntalähtöiseen suuntaan. Näistä laajempia ovat olleet

vuosien 1989–1996 vapaakuntakokeilu sekä vuosien 2007- 2012 kunta- ja palvelurakenneuudistus eli Paras-hanke (Niiranen ym. 2013). Nämä reformit ovat muokanneet myös kuntatasolla toiminnallisen ja poliittisen johdon välisiä suhteita. Ne ovat myös nostaneet esille sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamisen erilaisten ulottuvuuksien, valta- ja ohjausmekanismien sekä asiakaslähtöisen johtamisosaamisen muutos- ja kehittämistarpeita. Samaan aikaan on kuitenkin hyvä tunnistaa erilaiset muutkin, jo vuosikymmeniä jatkuneet valtiontasoiset ja kuntasektorin strategisen johtamisen kehittämishankkeet, sekä niiden merkitys strategisen henkilöstöjohtamisen kehittämisessä. (Lumijärvi & Leponiemi 2014, 41–42; Niiranen & Joensuu 2014, 96–97.) 2010-luvun lopulle suunnitellut laajat sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä valtio-, maakunta- ja kuntatason reformit sekä uudelleenmuotoiltu valtionohjauksen vahvistaminen tuovat jälleen uudenlaisia mahdollisuuksia ja odotuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamiselle erilaisissa uusissa organisaatioissa ja eri hallinnontasoilla.

Uudistuvat toimintatavat, moniammatilliset verkostot ja yhteistyörakenteet

Hybridiorganisaatio johdettavana

Sosiaali- ja terveysalan johtamisessa kohdataan entistä useammin uusia toimintatapoja, organisaatiomekanismeja ja omistajuusmuotoja, jotka eivät ole vielä vakiintuneet. Ne saattavat sisältää uudenmallisia elementtejä tai toimintarakenteita, joille ei ole välttämättä ole aikaisempaa tieto- tai kokemusperustaa. Näistä organisaatiomuodoista käytetään usein hybridiorganisaation käsitettä. Aikaisemmin hybridiorganisaatio-nimitystä on käytetty kuvaamaan ennen kaikkea yksityisen ja julkisen sektorin organisaatioyhdistelmiä ja näiden rajapinnoilla toimivia organisaatioita. Nykyisin hybridiorganisaation käsitettä käytetään yksityinen–julkinen-yhdistelmän lisäksi myös muista, erilaisista organisointitavoista, -sisällöistä ja toimintarakenteista. Laajemmin ajateltuna

hybridiorganisaatioon liitetään – organisaation luonteesta, perustehtävästä ja konteksteista riippuen – useita erilaisia piirteitä, joista jokainen tuo omat osaamisvaatimuksensa ja -haasteensa johtajan työhön (Taulukko 1).

Taulukko 1. Hybridiorganisaatio ja sen johtamisen alueiden monimuotoisuus

Hybridiorganisaation piirre	Johtamisosaamisen alueet ja vaatimukset
Monialaiset ja moniammatilliset organisaatiot	Erilaisten professionaalisten intressien, eri ammattiryhmien keskinäissuhteiden, osaamisen ja moniammatillisten työyhteisöjen johtamisen erityispiirteet
Yksityisen, järjestösektorin ja julkisen sektorin yhdistelmät toiminnassa/johtamisessa	Erilaiset omistus- ja ohjaussuhteet ja niihin liittyvät toimintamallit
Prosessien hallinta	Organisaatioiden, eri organisaatiotasojen (ml. valtiontaso – alueellinen toiminta – kunnat, yksityinen ja järjestösektori) ja eri toimintaprosessien monimuotoisuus sekä poliittisen ja toiminnallisen johtamisen muuttuvat suhteet
Innovatiivinen toimintatapa	Erilaisuuksien ja erilaiseen luovuuteen tai riskienottoon liittyvien toimintamallien tunnistaminen ja yhteen saattaminen sekä uudenlainen asiakkaiden tarpeisiin vastaava palveluresponsiivisuus ja tuloksellisuus
Hajautetut organisaatiot	Monitasoisuuden, monipaikallisuuden ja -ajallisuuden tunnistaminen, viestinnän ja yhteisöllisyyden varmistaminen
Monikulttuurisuus ja organisaatioiden toiminnan monimuotoisuus	Kulttuurikompetenssi johtamisessa, erityisesti kulttuurienvälinen viestintä ja kulttuurisensitiivisyys

Hybridijohtamisella voidaan siis viitata erilaisia toiminnallisia malleja sisältävään johtamistapaan (Kickert 2001; Niiranen ym. 2011, 157–159; Mair et al. 2015). Hybridimäinen organisaatio voi sisältää erilaisia omistajuuksia, erilaisia ja toisinaan myös toisilleen vastakkaisia toiminnan tavoitteita sekä päämääriä eri suuntiin hajottavia tai myös keskenään ristiriitaisia toimintatapoja (Mair et al. 2015, 713–714). Erityisesti julkisella sektorilla hybridiorganisaatio merkitsee eri tilanteissa ja eri henkilöille erilaisia asioita. Esimerkiksi eri or-

ganisaatioissa tai saman organisaatiokokonaisuuden eri toimintarakenteissa tapahtuvien prosessien hallinta on osa hybridijohtamisen sisältöjä, samoin uudenlaista innovatiivisuutta ja ammatillisten sekä toiminnallisten rajojen ylittämistä edellyttävä palveluresponsiivisuus. Moniammatillisuus voi tarkoittaa myös paljon laajempaa eri ammattilaisten yhteistyötä ja osaamisen yhdistämistä kuin vain sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö. Joissain määritelmissä hybridisyys yhdistetään kompleksisuuteen, toisissa se taas tarkoittaa erilaisia, samaan aikaan esiintyviä organisaation rakenteellisia ja kulttuurisia ulottuvuuksia (Christensen & Lagreid 2011).

Kaikki taulukossa 1 kuvatut hybridiorganisaation piirteet ovat lisääntyneet 2010-luvulla, ja erilaisissa organisaatioissa ne näyttäytyvät hyvinkin erimuotoisina. Monialaiset ja moniammatilliset työyhteisöt ovat yhä yleisempiä, ei yksin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisista koostuvina, vaan monimuotoisina palveluorganisaatioina, joissa toiminta-alueeseen kuuluu eri alojen ammattilaisia. Uusien palveluntuotantotapojen lisääntyessä sekä julkisen ja yksityisen sektorin vuorovaikutuksen lisääntyessä myös kunnallista palvelutuotantoa on yhtiöitetty ja kunnalliset osakeyhtiöt ovat lisääntyneet. Yhtiöittämisprosessi tuo muutoksia myös henkilöstön asemaan ja se muuttaa myös johtamista (Seppä & Virolainen 2014). Myös kunnissa poliittisen ja toiminnallisen johdon suhteet ovat muuttuneet erilaisten organisaatiouudistusten myötä. Poliittisen johdon osuus painottuu strategiselle tasolle ja toiminnallisen johdon johtajuus prosessien johtamisessa on selvästi vahvistunut (Niiranen & Joensuu 2014). Organisaatioiden monikulttuurisuuteen ja johtajan työhön sisältyvät kulttuurikompetenssivaatimukset lisääntyvät kansainvälistymisen, kansainvälisen muuttoliikkeen, työperäisen maahanmuuton ja monikulttuuristen työyhteisöjen lisääntymisen myötä (Borrego & Johnson III 2010; Jansons & Zanoni 2014).

Uudenlaisten toimintaprosessien hallinta ja innovatiivisuuden vaatimukset lisääntyvät koko ajan sosiaali- ja terveysalan johtajien työssä. Uusi tieto tai uusi organisaatiorakenne eivät kuitenkaan vielä välttämättä tarkoita uutta osaamista tai uuden tiedon käyttämistä toiminnassa. Oleellinen kysymys onkin se, miten johtamista koskeva uusi tieto muuttuu toimivaksi käytännöksi.

Aikaisemmassa koulutuksessa ja työelämässä opitun toimintatavan uudistaminen uudenlaisiin konteksteihin ja toimintaorganisaatioihin soveltuvaksi ei välttämättä ole helppoa tai automaattisesti tapahtuvaa. Uuden toimintatavan omaksuminen edellyttää sekä uuden tiedon prosessointia ja soveltamista, että oman toiminnan uudenlaista pohdintaa ja arviointia. Johtamisessa tarvitaan siis sekä uudenlaista tietoa ja ajattelua että tilaa ja aikaa uusien toimintatapojen käyttöönottamiselle ja hyväksymiselle. (Tikkamäki 2006.)

Hajautetut organisaatiot

Hajautetuista, ajallisesti ja paikallisesti eri tavoin toimivista organisaatioista on tullut yhä tavallisempia myös sosiaali- ja terveyspalvelujen alueella. Hajautetut organisaatiot ovat esimerkkejä yhä yleisemmästä globaalista toimintatavasta ja teknologisesta ympäristöstä, jossa toiminta on maantieteellisesti vähemmän rajoittunutta (Duncan & Schoor 2015). Hajautettujen organisaatioiden, tiimien tai työyhteisöjen johtaminen, samoin näissä työskenteleminenkin poikkeavat keskitetyssä organisaatiossa, yhdessä paikassa tai samassa toimimisesta. Hajautettu organisaatio voi olla pysyvä tai määräaikainen. Hajautetun organisaation piirteisiin kuuluu oleellisesti se, että henkilöstö työskentelee yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi samaan aikaan tai eri aikoina eri paikoissa, myös eri maissa (Vartiainen ym. 2004, 17–19). Hajautetuissa yksiköissä voi työskennellä yksi, muutamia tai suurempi joukko työntekijöitä siten, että organisaatiokokonaisuutta johdetaan yhdestä paikasta käsin. Esimerkiksi valtionhallintoa on 1990- ja 2000-lukujen kuluessa sekä hajautettu että keskitetty jo useampaan kertaan. Kansaneläkelaitoksen vuoden 2016 organisaatiouudistus on esimerkki monimuotoisesta ja monitasoisesta hajautettuna toimivasta organisaatiosta, joka on edellyttänyt esimerkiksi lähijohtajilta uudenlaista hajautetun organisaaton johtamisosaamista (Korhonen 2014). Kuntaliitokset ja kuntien yhteistoiminta-alueiden perustaminen ovat lisänneet koko 2000-luvun ajan hajautettuina eri alueilla tai eri kunnissa toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja eri palveluyksiköiden määrää (Niiranen ym. 2013, 28–30).

Myös esimerkiksi valtakunnallisesti toimivilla järjestöillä on usein koko maan kattava alueorganisaatioiden verkosto.

Hajautettuun organisaation liittyy useita, perinteisestä kasvokkain tapahtuvan työskentelyn toimintamallista poikkeavia ulottuvuuksia, joilla on merkitystä sekä johtamisen että työntekijöiden työn kannalta. Näitä ovat muun muassa työn tekemisen eripaikkaisuus, liikkuvuus, eriaikaisuus, jäsenten moninaisuus ja sähköisen vuorovaikutuksen määrä. Hajautetussa organisaatiossa johtaminen ja johtajan sekä työntekijöiden keskinäinen vuorovaikutus on lähtökohtaisesti erilaista kuin perinteisessä organisaatiossa. Johtajan ja työntekijän keskinäinen vuorovaikutus edellyttää erilaisia työntekijyystaitoja ja erilaista johtamista kuin yhden keskitetyn yksikön johtaminen. Myös työntekijöiden kokemukset johtajan läsnäolosta ja johtajalta saatavasta tuesta ovat erilaisia kuin keksitetyssä yksikössä (Vartiainen ym. 2004, 37–46; Soukanen 2015).

Hajautetussa organisaatiossa työskenteleminen edellyttää myös erilaisia työmuotoja, erilaisia työyhteisön keskinäisen viestinnän rakenteita ja välineitä, kuin mihin työpaikoilla on totuttu, ja joihin esimerkiksi on perinteisesti koulutettu. Etäläsnäolo ja digitaalinen vuorovaikutus ovat kaikille työyhteisön osapuolille erilaista kuin perinteinen kasvokkain tapahtuva vuorovaikutus ja lähellä olo. Myös työyhteisön organisaatiokulttuurin muodostuminen ja sen piirteet ovat hajautetuissa organisaatioissa erilaisia kuin perinteisissä, keskitetysti toimivissa organisaatioissa. Nämä tekijät haastavat myös johtajan työn ja edellyttävät uudenlaista vastuullisuuden, ohjauksen ja hallinnan mekanismeja (Vartiainen ym. 2004; Duncan & Schoor 2015).

Verkostot ja verkostojen johtaminen

Hajautetuissa organisaatioissa, samoin kuin niihin usein kytkeytyvissä verkostoissakin, tehdään usein työtä organisaation hallinnolliset, sisällölliset, ammatilliset, alueelliset ja joskus myös kansalliset rajat ylittävissä toimintarakenteissa. Verkostoissa työskentely ja verkostojen johtaminen on yksi koko 2000-luvun ajankohtaisista johtamiseen liittyvistä osaamistarpeista. Verkos-

to-käsitettä käytetään useista hyvinkin erilaisista toiminnoista. Verkostojen johtamiseen sisältyy monia hyvin erilaisia toimintatapoja ja samankin tehtäväalueen verkostoihin voi kuulua erityyppisiä organisaatioita. Lähtökohtaisesti verkosto voidaan määritellä ei-hierarkkiseksi, yhteistyöhön (*collaborative*) pohjautuvaksi tai sitä tavoittelevaksi rakenteeksi, joka sisältää toimintatavoiltaan ja tavoitteiltaan erilaisia ja eri tavoin johdettuja organisaatioita (ks. esim. Bevir 2011, 121).

Verkostojen johtamista voidaan kuvata kolmen eri näkökulman ja toimintatason kokonaisuutena (Kickert ym. 1997, 186). Verkostoja voidaan ensinnäkin tarkastella välineellisenä, jolloin ne ovat johtajan työssä väline johonkin muun asia tai tavoitteen saavuttamiseksi. Toiseksi, verkostot toimivat keskinäisen vuorovaikutuksen foorumina esimerkiksi saman tehtäväalueen toiminnassa tai yhteisiin tavoitteisiin pääsemisessä tai jollain osaamisen alueella toisiaan täydentäen. Kolmanneksi, verkostojen johtamisessa korostuu insitutionaalinen näkökulma, jolloin tavoitteena on jonkin asian vakiinnuttaminen tai legitimoiminen verkostomaisen toiminnan avulla.

Verkostojen monitoimijuus ja useiden toimintaan liittyvien, tehtäväalueiltaan mahdollisesti hiukan erilaisten organisaatioiden rinnakkaisuus saattaa tuoda johtamiseen piirteitä, joita esimerkiksi klassiset johtamismallit eivät tunnista. Asioiden toteuttaminen on johtajan vastuulla, mutta hänellä ei välttämättä ole toimivaltaa kaikkiin, verkoston eri organisaatioissa työskenteleviin toimijoihin. Johtajalla ei myöskään aina ole – eikä välttämättä voikaan olla – kaikkien johdettavalla tehtäväalueella olevien ammattien substanssiosaamista, etenkään jos kyse on moniammatillisesta verkostosta. Verkoston sisällä tulisi edistää yhtenäisyyttä ja tukea avoimia yhteistyösuhteita verkoston ulkopuolelle, mutta samaan aikaan verkoston ulkopuolelta tulevat odotukset ja verkostoon kuuluvien toimijoiden taustaorganisaatiot saattavat kohdistaa verkoston keskenään ristiriitaisiakin odotuksia. Verkostomaisessa toiminnassa on jo lähtökohtana yhteinen motiivi jonkin tavoitteen toteuttamiseen. Siihen sisältyy myös mahdollisten erilaisten intressien hyväksyminen. Verkoston johtamiseen sisältyvä valta on usein näkymätöntä, eikä se perustu yksinomaan organisatoriseen asemaan. Verkostojen johtamisessa voi myös nousta esille joi-

tain konfliktiherkkiä tai kriittisiä kohtia. Esimerkiksi verkoston eri osapuolten autonomia voi käytännössä olla erilainen kuin mitä verkoston sisällä tai sen ulkopuolella oletetaan. Verkoston johtamisessa on saatava tasapuolisesti esille kaikkien verkostoon kuuluvien organisaatioiden ja niiden jäsenten taidot, ja tämä edellyttää luottamusta verkoston kaikkien osapuolten ammatilliseen osaamiseen. (Antila 2012; Ospina & Saz-Garranza 2010, 425.)

Myös verkostoissa on erilaisia valtasuhteita ja verkostoon kuuluvilla organisaatioilla voi olla erilaisia toiminnallisia ja yhteiskunnallisia funktioita. Verkoston toimintarakenteet ovat usein monikerroksisia, jolloin myös yhteiset tavoitteet ja niihin sitoutuminen saattaa olla monitasoista. Verkoston johtamisen tavoitteena voidaan pitää verkoston oman, sisäisen yhteisyyden luomista. Tällöin johtajan toiminnassa korostuu verkostoon kuuluvien jäsenten yhteistyön tukeminen verkoston sisällä. Verkosto toimii aina suhteessa toimintaympäristöönsä. Johtamistyössään johtaja kohtaa väistämättä myös verkoston ympäristön erilaiset toimijat, intressit ja verkostoon kohdistuvat tavoitteet. Johtamisen ala ja johtamisen kohde ovat myös verkoston johtamisessa eri asioita (Salminen 2008). Johtamisen ala sisältää verkoston kohdalla koko verkoston toimintakentän. Siitä tulee verkostolle toimintaan kohdistuvia odotuksia ja sisältövaatimuksia. Verkoston johtamisen kohteella taas tarkoitetaan kohdennetusti johtamistehtäviä, johtamisen muotoja ja sisältöjä.

Moniammatillisuus ja moniammatillisen työyhteisön johtaminen

Moniammatillisen työyhteisön johtaminen ei aina ole helppoa tai yksinkertaista. Se edellyttää sekä eri ammattilaisten halua yhdessä työskentelyyn, yhdessä oppimista, että johtajalta taitoa nähdä, tunnistaa ja arvostaa eri ammattiryhmien osaamista. Moniammatillisissa työyhteisöissä kohdataan usein myös eri ammattien taustalla olevat eri tieteenalat. Sosiaali- ja terveyspalveluissa näitä voivat olla esimerkiksi sosiaalityö ja laajemmin sosiaalitieteet, hoitotyö ja hoitotiede, terveystieteet sekä lääkärin työ ja lääketieteen eri erikoistumisalat. Lisäksi joissain palveluissa moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät esimerkiksi fysioterapia, ravitsemustiede, varhaiskasvatus ja kasvatustieteet.

Organisaatioiden henkilöstöön saattaa kuulua myös tekniikan, hallinnon ja talouden ammattilaisia. Heidän professioidensa taustalla vaikuttavat tekniset tieteet, hallintotieteet, taloustieteet tai vaikkapa tietojenkäsittelytieteet ovat kaikki sisällöltään erilaisia kuin esimerkiksi sosiaali- ja terveystieteet. Yhdellä työntekijällä saattaa myös olla useamman eri tieteenalan tai ammatin koulutus. Moniammatillisuuden rinnalla, erityisesti ammatillisessa ja tieteellisessä koulutuksessa puhutaan monitieteisyydestä, mutta samaan aikaan on myös lisääntynyt puhe tieteidenvälisyydestä ja poikkitieteellisyydestä. Näiden eri käsitteiden erot auttavat ymmärtämään myös moniammatillista työskentelyä ja sen johtamisessa toisinaan esiintyviä jännitteitä. Heikki Mikkeli ja Jussi Pakkasvirta (2007, 63–67) kuvaavat näiden käsitteiden eroja seuraavasti:

Monitieteisyydestä (*multidiciplinary*) on kyse silloin, kun viitataan johonkin oppilaitokseen, esimerkiksi yliopistoon, jossa opetetaan ja opiskellaan eri tieteenaloja, tai tutkimuksesta, jossa samaa ilmiötä tutkitaan eri tieteenalojen näkökulmasta. Tieteenalojen välillä voi olla runsaastikin yhteistyötä, mutta jokainen tieteenala säilyttää omat erityispiirteensä, perinteensä ja alalle tyypilliset tutkimusmenetelmänsä.

Tieteidenvälisyydessä (*interdiciplinary*) puolestaan eri tieteenalojen tutkimus yhdistetään niin, että tieteiden väliset rajat voivat hämärtyä ja muodostaa yhdessä uudenlaisia kokonaisuuksia. Tieteidenvälisyydessä pyritään ylittämään tieteidenvälisiä rajoja ja tunnistamaan näin eri tieteiden väliin helposti jääviä katvealueita. Tieteidenväliset tutkimusryhmät ovat tästä hyvä esimerkki.

Poikkitieteellisyydessä (*transdiciplinary/crossdiciplinary*) taas pyritään tietoisesti välttämään jo tutkimuksen alusta lähtien eri tieteiden välistä erottelua. Tutkittavaa asiaa tai tutkimusongelmaa ikään kuin kuljetetaan jo alusta lähtien eri tieteenalanäkökulmien läpi. Poikkitieteellisessä tutkimuksessa ei aina välttämättä ole eri tieteenalojen edustajista koottua tutkimusryhmää, vaan myös yksi tutkija voi toimia poikkitieteellisesti. Tiede etenee usein rajapintoja koettelemalla, ja poikkitieteellisyyden seurauksena saattaa syntyä uudenlaisia ratkaisuja tai joskus myös uusia tieteenaloja.

Työelämässä moniammatillisuus ja moniammatillinen yhteistyö voivat sisältää esimerkiksi eri ammattiryhmistä muodostettuja tiimejä tai eri ammattilaisten rinnakkaistyöskentelyä. Moniammatillisuuteen voivat sisältyä eri ammattiryhmien moniammatillinen – ja niiden taustalla oleva monitieteellinen – osaaminen ja asiantuntijuus. Yhä useammin uudenlaisissa organisaatioissa päädytään myös toisistaan poikkeavien ammatillisten ja organisatoristen rajojen ylittämiseen. Tällöin moniammatillinen yhteistyö voi muistuttaa poikkitieteellistä työskentelyä. Tällaisessa uudentyyppisessä työskentelytavassa tarvitaankin perinteisten tiede- ja professiorajojen rakentamisen tai reviirinvarjelun sijaan uudenlaisia, osaamista yhdistäviä näkökulmia ja kykyä teoreettisten ja ammatillisten siltojen rakentamiseen (Aittola & Raiskila 2009, 231).

Sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavissa organisaatioissa kohdataan työyhteisön johtamisessa toisinaan tilanteita, joissa erilaista ammatillisuutta, ammatillista asiantuntijaa tai sosiaali- ja terveyspalveluja koskevat erilaiset sanat vaikuttavat siihen, millaiseksi ymmärretään eri ammattiryhmien johtaminen ja asiantuntijuuden alueet. Erilaiset sanat saattavat synnyttää myös erilaisia käsityksiä toimijoiden välisistä valtarakenteista, ammatillisten ja hallinto-organisaatioiden valta-asemista tai siitä, kuka ketäkin voi tai saa johtaa. Nämä asiat saattavat luoda uusia, innovatiivisia toimintatapoja, erityisesti jos niitä pystytään tarkastelemaan ennakkoluulottomasti. Joskus erilaiset ilmaisut tai tulkinnat voivat myös synnyttää jännitteitä eri ammattiryhmien välillä, ammatillisessa johtajuudessa tai johtajavalinnoissa. Sanat joita käytetään esimerkiksi työelämässä, muokkaavat ympärillä olevaa, työelämää ja sen johtamista koskevaa todellisuutta. Sanat myös tuottavat ja vahvistavat asiantuntijuutta. (Mälkiä 1998; Eteläpelto ym. 2014, 211.)

Moniammatillisen organisaation tai eri tehtäväalueiden johtamisessa käytettävät käsitteet tuottavat organisaation tehtäväalueesta, toiminnan laajuudesta ja yhteiskunnallisesta merkityksestä riippuen erilaisia mielikuvia johdettavien ammattilaisten asiantuntijuudesta tai vallasta. Organisaation toiminnasta ja ammattilaisten työstä käytettävät sanat ja niiden sisältämät olettamukset ohjaavat eri tavoin toimintaa sekä sen johtamista ja ne heijastuvat myös organisaatiota koskevassa päätöksenteossa. Sanat muokkaavat vuorovai-

kutusta ja sitä kautta myös eri ammattiryhmien välisiä valtarakenteita. Lisäksi sanat tuottavat ja oikeuttavat myös sosiaali- ja terveyspalveluissa tarvittavaa asiantuntijuutta. Esimerkiksi käsitteet yleisosaaja – asiantuntija – erityisasiantuntija luovat erilaisen mielikuvan ammattilaisen asemasta organisaatiossa. Näiden mekanismien kautta käytettävät sanat myös jäsentävät ja muokkaavat työyhteisön sosiaalista todellisuutta ja johtamisen oikeutusta sekä johtamiseen sisältyviä valta-aspekteja.

Oman ammattiryhmän käyttämät käsitteet opitaan tavallisesti ammatillisessa tai tieteellisessä peruskoulutuksessa ja työelämässä. Eri ammattien taustalla olevissa tiedeperustoissa käytetään joskus samoistakin ilmiöistä erilaisia ilmaisuja ja sanoja. Näiden sanojen tai ilmaisujen ohella myös käsitykset toisesta tieteenalasta ja niihin perustuvista ammattiryhmien välisistä suhteista saattavat siirtyä opetuksesta työelämään, joko luoden pohjaa tieteiden- ja ammattienväliselle yhteistyölle, tai etäännyttäen eri tiedeperustoihin nojaavia ammattiryhmiä toisistaan. Kuvaavana esimerkkinä tästä ilmiöstä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon alueella hyvinvointipalvelut, sosiaali- ja terveyspalvelut-asiakokonaisuudet tai vaikkapa palvelu-, hoito-, hoiva-käsitteiden sisällölliset erot ja käsitteiden käyttäminen ammatillisessa tai alan reformeihin liittyvissä teksteissä.

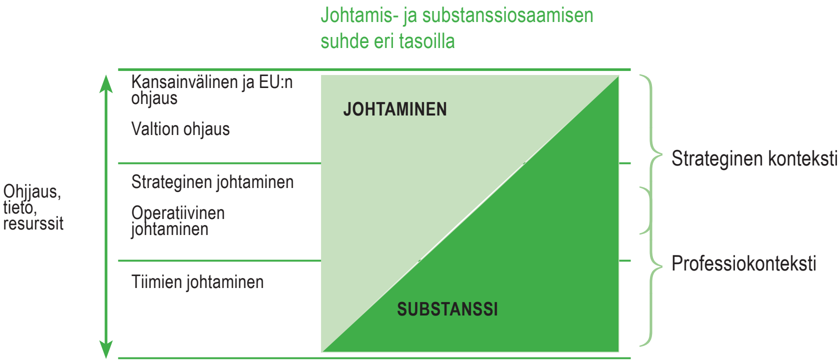
Diskussio – Kuka voi johtaa, kuka saa johtaa ja millä kompetenssilla?

Sosiaali- ja terveyspalveluiden johtamisessa, johtamisosaamisessa ja kvalifikaatiokeskustelussa on tärkeää pysähtyä tarkastelemaan perusteellisemmin sitä, millaisia organisaatioita, toimintakokonaisuuksia tai johtamisen kelpoisuuksia koskevat normit ja johtamismääritelmät heijastavat. Jos toiminnan rakenteita ja sisältöjä uudistetaan alue- ja paikallistasolla, mitä uudistamista se edellyttää johtamiselta ja laajemmin, edellyttääkö se uudistuksia ja uudenlaista orientaatiota myös eri hallinnon tasoilta. Entä millaista uudistamista se edellyttää valtakunnalliselta, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa koskevalta päätöksenteolta? Avainkysymyksiä saattavat olla esimerkiksi se, mikä on

toimintaympäristön merkitys johtamispätevyyksiä koskevissa tulkinnoissa, tai mitkä toiminnalliset ja poliittiset prosessit muokkaavat pätevyyksiä sääteleviä normeja. Nämä kysymykset liittyvät luonnollisesti sekä lainsäädäntöön, sen uudistamiseen ja tulkintoihin, että myös ammattijärjestöjen valta-asemiin ja eri ammattiryhmien keskinäiseen edunvalvontaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiouudistusten ja organisaatioiden madaltamisen myötä ovat lisääntyneet myös niin kutsutut kaksoisjohtajuudet eli tilanteet, joissa esimerkiksi keskijohtoon kuuluva palvelualuejohtaja toimii samalla myös jonkin ammattiryhmän, esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden lähijohtajana. Myös perinteinen johtajuusjaottelu lähi-, keski- ja strategisen tason johtajiin riippuu siitä, mistä näkökulmasta toimintaorganisaatiota tarkastellaan. Sosiaali- ja terveyspalveluista vastaava johtaja on omasta organisaatiostaan katsottuna strategisen tason johtaja, mutta esimerkiksi koko kuntaorganisaation tasolta tarkasteltuna hän kuuluu keskijohtoon. (Niiranen & Lammintakanen 2014b, 148–149.) Johtamisen monialaisuuteen ja ristikkäisiin vaatimuksiin liittyvä diversiteetti merkitsee sitä, että uudistamisprosesseissa olevien organisaatioiden johtamisessa on otettava huomioon sekä varsinainen palveluiden sisällöllinen johtaminen, että asiantuntijoiden toiminnan ja osaamisen johtaminen. Johtamistyössä ovat läsnä myös useiden eri organisaatioiden keskinäiset riippuvuudet ja yhteydet, ja näiden lisäksi toiminnalta odotettu näkyvä tuloksellisuus. Lisäksi johtajalla pitäisi olla myös omaa työtään edistäviä johtamisen, muutoksen hallinnan sekä tuen ja oppimisen verkostoja. Esimerkiksi poliittisen ja toiminnallisen johdon keskinäisen vuorovaikutuksen ja valtasuhteiden mekanismit kytkeytyvät sekä valtakunnallisiin, alueellisiin että paikallisiin rakenneuudistuksiin sekä poliittisiin ja toiminnallisiin uudistuksiin (Joensuu & Niiranen 2016).

Johtamisosaamista ja johdettavan työn substanssiosaamista koskevat vaatimukset voidaan kuvata seuraavan kuvion 1. osoittamalla tavalla johtamistyön laajuuden, siihen kohdistuvan ohjauksen sekä johtamis- ja substanssiosaamisen välisinä suhteina. Johtajan työssä painottuvat tehtävistä ja johtamisen tasosta riippuen johtamiskonteksti jota voidaan kutsua strategiseksi kontekstiksi sekä johdettavasta työstä lähtevä, ammatillinen, eli professionaalinen konteks-



Kuvio 1. Strategisen tason ja professiotason suhteet johtamisessa (Niiranen & Hänninen 2012, 125)

ti ja näiden keskinäiseen suhteeseen liittyvät vaatimukset. Johtajan työtä ja johtajalta edellytettävää osaamista säätelevät eri tavoin paikalliset, alueelliset ja kansalliset tai kansainväliset työhön kohdistuvat odotukset ja tavoitteet (Niiranen & Hänninen 2012, 24–25).

Johtamistyö voi muuttaa muotoaan nopeastikin, ja saattaa olla, että johtamisen tutkimuksen ja tutkimustiedon ongelmaksi nousee eräänlainen tiedon tuottamisen, tiedon käyttämisen ja tutkimukseen käytettävien taustateorioiden kohtaamattomuus. Mikko Saastamoinen (2008) puhuu organisaatioiden zombikategorioista, tarkoittaen sitä, että organisaatioista, niiden rakenteista tai toimintatavoista käytetyt käsitteet saattavat olla vanhentuneita eikä tutkimus vielä tunnista nopeasti muuttuneita tai lähitulevaisuudessa odotettavissa olevia tai uusia ilmiöitä. Samalla tavalla voi olla tarpeen miettiä, tunnistavatko johtamisen tutkimuksessa käytettävät mallit tai teoriat ne uudistuneet kontekstit ja toimintatavat, joissa johtaminen tapahtuu? Johtamista koskeva tutkimus voi kiinnittyä aivan erilaiseen sisällölliseen kontekstiin tai rakenteisiin, kuin missä sitä tutkimustulosten julkaisemisen jälkeen käytetään. Tämä edellyttää myös alan opetukselta sekä toimintaympäristöä että omaa tutkimusta ja opetusta ja omaa osaamista koskevaa tarkkaavaisuutta. Yleisemmätkään teoreettiset mallit eivät välttämättä toimi uudenlaisissa konteksteissa, jos esimer-

kiksi organisaation päätöksentekoon liittyvät valtasuhteet muuttuvat huomattavasti. Saattaa esimerkiksi olla, että johtamisen mekanismit määrittyvät aikaisempaa enemmän toiminnallisissa prosesseissa ja aikaisempaa vähemmän perinteisissä funktionaalisissa organisaatioissa (Niiranen 2009). Sosiaali- ja terveydenhuollon alueella tapahtuvat toiminnalliset uudistukset ja uudentyyppiset organisaatiorakenteet muuttavat myös poliittisen ja toiminnallisen johdon välisiä suhteita ja luovat todennäköisesti myös uudenlaisia yhteistyön muotoja ja osaamistarpeita.

Luvun tärkeimmät viestit johtajille ja esimiehille:

1. Uudet organisaatiorakenteet ja uudistetut tehtävät edellyttävät usein myös uudenlaista johtamista ja johtamisosaamista.
2. Hajautettu organisaatio ja verkostot ovat erilaisia johdettava kuin perinteinen keskitetty organisaatio.
3. Myös johtajan verkostot uudistuvat ja muuttavat muotoaan.
4. Moniammatillinen ja monialainen työyhteisö antaa tilaa erilaiselle osaamiselle – harva asia on yhden ammattiryhmän osaamisella ratkaistavissa.
5. Tulevaisuuden johtaja voi tehdä liikkuvaa työtä samoin kuin työntekijätkin.
6. Johtajan ei tarvitse olla paras työntekijä vaan hänen tehtävänsä on luoda edellytykset työntekijöiden osaamiselle.

Lähteet

Aittola, T. & Raiskila, V. (2009). Jälkisanat. Teoksessa P. L. Berger & T. Luckmann. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Helsinki: Gaudeamus, 231–231.

Antila M. (2012). Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadunkehittämistyössä. Case-tutkimus tamperelaisten hyvinvointipalvelujen verkostomaisesta kehittämistyöstä. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1182. Tampere: Tampere University Press.

Bevir, M. (2011). Key Concepts in Governance. Los Angeles: Sage.

Borrego, E. & Johnson III, R. G. (2012). Cultural Competence for Public Managers. Managing Diversity in Today's World. CRC Press, Taylor & Francis Group, Boca Raton.

Christensen, T. & Lagreid, P. (2011). Complexity and Hybrid Public Administration – Theoretical and Empirical Challenges. Public Organization Review, 11(4), 407–423. DOI 10.1007.

Duncan, C. M. & Schoor, Mecan A. (2015). Talking Across Boundaries: A Case Study of Distributed Governance. International Society for Third-Sector Research ISRT, Voluntas 26(3), 731–755. DOI 10.1007/s1266-014-9453-2.

Eteläpelto, A., Vähäsantanen, K., Hökkä, P. & Paloniemi, S. (2014). Miten käsitteellistää ammatillista toimijuutta työssä? Aikuiskasvatus, 3(34), 202–214.

Jansens, M. & Zanoni, P. (2014). Alternative diversity management: Organizational practices fostering ethnic equality at work. Scandinavian Journal of Management, 30, 317–331.

Joensuu, M. & Niiranen, V. (2016). Political leaders and public administrators: Interaction patterns and pictures in Finnish local government decision-making processes. Public Policy and Administration, 1–24. DOI: 10.1177/0952076716673898.

Kerkkänen, M. & Niiranen, V. (2014). Johtajan liikkumavaran rajat ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa V. Niiranen, M. Joensuu, J. Lammintakanen & M. Kerkkänen (toim.). Johtajana muutoksissa. ACTA 253. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 57–82.

Kickert, W.J.M. (2001). Public management of hybrid organizations: Governance of quasi-autonomous executive agencies. International Public Management Journal, Vol (4), 135–150.

Kickert, W.J.M., Klijn, E.-H. & Koppenjan, J.F.M. (1997). Managing Networks in the Public Sector: Findings and Reflections. In W.J.M. Kickert, E.-H. Klijn & J.F.M. Koppenjan. Managing Complex Networks: strategies for the public sector. London: Sage, 166–191.

Korhonen, S. (2014). Miten menee lähijohtaja? Lähijohtajien arvioita johtamisen toimintaedellytyksistä uudistuvassa toimintaympäristössä Kelan paikallishallinnon tulosyksiköissä. Topsos – Sosiaalivakuutustutkinnon ammatillinen lisensiaatintutkimus. Sosiaalipolitiikan laitos. Turun yliopisto.

Leemans, A. F. (1976). Overview. In A.F. Leemans (Ed.). The Management of Change in Government. Institute of social studies. Series on the development of societies. Volume 1. Internationaal Instituut voor Sociale Studiën – 'S Gravenhage. The Hague: Martins Nijhoff, 1–62.

Lumijärvi, I. & Leponiemi, U. (2014). Strategic Management in Finnish Municipalties. In P. Joyce & A. Drumaux (Eds). Strategic Management in Public Organizations. European Practices and Perspectives. New York: Routledge, 41–56.

Mair, J., Mayer, J. & Lutz, E. (2015). Navigating Institutional Plurality: Organizational Governance in Hybrid Organizations. Organization Studies, 36(6), 713–739.

Mikkeli, H. & Pakkasvirta, J. (2007). Tieteiden välissä? Johdatus monitieteisyyteen, tieteidenvälisyyteen ja poikkitieteisyyteen. Helsinki: WSOY.

Mälkiä, M. (1998). Kieli, vuorovaikutus ja valta tietoyhteiskunnassa. Hallinnon Tutkimus, 17 (3), 15–48.

Niiranen, V. (2009). Johtamisen pätevyys ja sosiaalialan johtamisen kelpoisuudet. Teoksessa P. Arajärvi & A. Korhonen (toim.). Syrjäytymisen oikeudelliset pidäkkeet – aiheen kartoitusta. Joensuun yliopiston oikeustieteellisiä julkaisuja 24. Joensuu: Joensuun yliopisto, 83–95.

Niiranen, V. (2014). Johtamistyön sisältö ja johtamisen moniulotteisuus. Teoksessa V. Niiranen, M. Joensuu, J. Lammintakanen & M. Kerkkänen (toim.). Johtajana muutoksissa. ACTA 253. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 43–56.

Niiranen, V. (2015). Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 129–144.

Niiranen, V. & Hänninen, M. (2012). Sosiaalijohdon työn tila ja tulevaisuus. Teoksessa V. Niiranen & M. Hänninen (toim.). Sosiaalitoimen johtajat kunnissa. ACTA 234. Helsinki: Itä-Suomen yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, 123–127.

Niiranen, V., Puustinen, A., Zitting, J. & Kinnunen, J. (2013). Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakenneuudistuksissa. ACTA 245. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Niiranen, V. & Joensuu, M. (2014). Political Leaders and Public Administrators in Finland: Key Values and Stumbling Blocks in Decision Making and Interaction. In P. Joyce & A. Drumaux (Eds). Strategic Management in Public Organizations. European Practices and perspectives. New York: Routledge, 95–114.

Niiranen, V. & Lammintakanen, J. (2014a). Johdanto. Teoksessa V. Niiranen, M. Joensuu, J. Lammintakanen & M. Kerkkänen (toim.). Johtajana muutoksissa. ACTA 253. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 18–22.

Niiranen, V. & Lammintakanen, J. (2014b). Sosiaali- ja terveysalan johtamisen painopisteet ja mahdollisuudet. Teoksessa V. Niiranen, M. Joensuu, J. Lammintakanen & M. Kerkkänen (toim.). Johtajana muutoksissa. ACTA 253. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 144–151.

Niiranen, V., Seppänen-Järvelä, R., Sinkkonen, M. & Vartiainen, P. (2011). Johtaminen sosiaalialalla. 2. p. Helsinki: Gaudeamus.

Ospina, S. M. & Saz-Carranza, A. (2010). Paradox and Collaboration in Network Management. Administration & Society, 42 (4), 404–440.

Pfeffer, J. & Salancik, G. R. (2003). The External Control of Organizations. A Resource Dependence Perspective. New York: Harper & Row.

Pitkänen, P. (2012). Terveydenhuollon kansainvälistyvät toimintaympäristön. Teoksessa P. Pitkänen (toim.). Kulttuurien kohtaamisia arjissa. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 74–99.

Quinn R.E. (1988). Beyond Rational Management. Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance. San Francisco: Jossey-Bass Publisher.

Saastamoinen, M. (2008). Organisaatioista organisoitumiseen – kompleksisuus ja toimijaverkot organisaatiotutkimuksen haasteina. Teoksessa P. Kuusela & M. Kuittinen (toim.). Organisaatiot muutoksessa. Kuopio: UniPress, 71–90.

Salminen, A. (2008). Julkisen toiminnan johtaminen. Helsinki: Edita.

Seppä, M.-E. & Virolainen, H. (2014). Henkilöstön kokemuksia yhtiöittämisen mukanaan tuomista muutoksista. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 42(1), 83–101.

Selznick, P. (1957). Leadership in Administration. Evanston: Row and Peterson.

Soukanen, U. (2015). Johtajan jäljillä. Johtaminen varhaiskasvatuksen hajautetuissa organisaatioissa laadun ja pedagogisen tuen näkökulmasta. Annales Universitatis Turkuensis C400. Turku: Turun yliopisto.

Tikkamäki, K. (2006). Työn ja organisaation muutoksissa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 534. Tampere: Juvenes Print.

Vartiainen, M., Kokko, N. & Hakonen, M. (2004). Hallitse hajautettu organisaatio. Paikan, ajan, moninaisuuden ja viestinnän johtaminen. Helsinki: Talentum.

Kirjoittaja: Vuokko Niiranen on sosiaalihallintotieteen professori Itä-Suomen yliopistossa.

Inhimillisyyden ja tehokkuuden merkitys sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden johtamishaasteille

Ville Pietiläinen & Antti Syväjärvi

Inhimillisyyden ja tehokkuuden ulottuvuuksia on tarkasteltu käsillä olevassa kirjassa toisiinsa kietoutuneina, erottamattomina sosiaali- ja terveysjohtamisen ulottuvuuksina. Tästä lähtökohdasta huolimatta oletuksena on ollut, että molemmat näkökulmat ansaitsevat tulla tarkastelluiksi myös itsenäisinä johtamisen ulottuvuuksina. Tässä pohdintaluvussa nostamme esiin kunkin kirjassa esitetyn luvun keskeisen merkityksen inhimillisuuden ja tehokkuuden johtamiselle. Samalla teemme synteesin siitä, mitä inhimillisyyden ja tehokkuuden huomioiminen tarkoittavat sosiaali- ja terveysalan johtamisen tulevaisuudelle.

Pietiläisen ym. korostamaa diskursiivista näkökulmaa voidaan pitää suurena haasteena käytännön johtamistyötä tekeville. Sosiaali- ja terveysalan johtajat toimivat suuren aikapaineen ja nopeasti vaihtuvien tilanteiden keskellä. Tällöin ei välttämättä ole mahdollisuuksia lähestyä kaikkia vuorovaikutustilanteita kovinkaan analyyttisesti. Olennaisena voidaankin pitää strategista suhtautumista vuorovaikutuksen johtamiseen. Kaikista asioista ei ole tarpeen käydä syvällistä keskustelua ja tehdä moniulotteista analyysia. Mekaaniset, sosiaali- ja terveysalan rutiininomaiset tehtävät vaativat laajan dialogin sijasta nopeata päätöksentekoa. Sen sijaan inhimillistä todellisuutta koskevat kysy-

mykset ovat usein lähtökohdiltaan kompleksisia. Laadukkaan asiakaspalvelun ja henkilöstön keskinäisen kunnioituksen välinen suhde on esimerkki ilmiöstä, joka vaatii diskursiivista johtamisotetta.

Kaiken kaikkiaan diskursiivinen lähestymistapa on ennemmin johtamiseen perspektiiviä antava toiminnallinen viitekehys kuin valmis vastaus arjen hektisiin johtamisongelmiin. Se on käyttöteoria, joka painottaa johtajan kykyä vuorovaikutuksen ohjaukselliseen ja analyyttiseen ymmärtämiseen. Johtajalla on avainrooli – ja asemansa puolesta myös vastuu – siitä, kuinka moniulotteisesti eri osapuolten antamat merkitykset tulevat kuulluksi, miten vallitsevista merkityksistä poikkeaviin näkökulmiin suhtaudutaan ja millaista valtaa vuorovaikutuksen eri osapuolet käyttävät sosiaali- ja terveysalan organisaatiossa.

Koskiniemen korostamat kokemuksellisuuden ja autenttisuuden näkökulmat tarjoavat samanaikaisesti sekä armeliaan että vaativan lähestymistavan sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen. Armeliaana voidaan pitää sitä, että johtajalla ei aina ole mahdollisuuksia – eikä ole tarpeenkaan – toimia autenttisesti vaihtelevissa johtamistilanteissa. Toisaalta Koskiniemen kuvaama eksistentialistinen autenttisuus on näennäisestä yksinkertaisuudestaan huolimatta hyvin haastavaa. Omaan tai muiden kokemusmaailmaan eläytyminen – sekä erityisesti niiden huomioon ottaminen – vaativat säännöllistä itsetarkkailua ja toisia kunnioittavan lähestymistavan harjoittelua.

Koskiniemen positiivisen ja eksistentialistisen autenttisuuden vertailu nostaa esille myös tärkeän, yleisemmän näkökulman erilaisten johtamisteorioiden merkityksestä. Suuri osa teorioista on kehitetty ilman kontekstia, yleisiksi johtamisopeiksi. Tämä herättää kysymyksen siitä, yritetäänkö johtamisteorioilla ratkaista liian suuria kysymyksiä. Politiikan filosofi Ernesto Laclauta lainaten, moraalin, vapauden tai aitouden kaltaiset suuret käsitteet ovat luonteeltaan tyhjiä merkitsijöitä, erityistä sisältöä vailla olevia ilmaisuja. Jos tällaiset käsitteet valjastetaan yleispäteviksi johtamisen työkaluiksi, vaarana on, että vain tietynlainen moraali, vapaus tai aitous on sallittua ja tavoiteltavaa. Kontekstuaaliset näkökulmat, kuten Koskiniemen korostama eksistentiaalinen tai Pietiläisen ym. korostama diskursiivinen lähestymistapa, huomioivat sosiaali -ja terveysjohtamisen erityispiirteet. Toisaalta, kontekstuaaliset teoriat

eivät tarjoa valmiita vastauksia johtamiseen – vain viitekehyksen, jota vasten johtamista voidaan tarkastella ja tutkia. Tämä tekee kontekstuaalisista lähestymistavoista työläitä, mutta parhaimmillaan uusia oivalluksia synnyttäviä työkaluja.

Tiiringin ym. lukuun perustuen diversiteetin huomioimista voidaan pitää välttämättömänä johtamisen edellytyksenä 2010-luvun sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa. Diversiteetin haasteellisuutta lisäävät erityisesti monimutkaistuvat palveluketjut, jotka korostuvat väestön ikääntyessä ja ihmisten yleisen palvelutietoisuuden -ja vaatimusten kasvaessa. Diversiteetti asettaa johtamiselle perusteellisia prosessinhallinnan vaatimuksia, jotta moninaiset resurssit saadaan toimimaan samaan suuntaan ja yksikkörajapinnat pystytään läpäisemään onnistuneesti.

Toisaalta diversiteetin kannalta olennaisena voidaan pitää ihmisten erilaisten tarpeiden ja lähtökohtien tunnistamista ja ymmärtämistä. Tällöin korostuvat tilannekohtaisesti joustavat ohjaus-, neuvottelu- ja sovittelutaidot. Tiiringin ym. kuvaama hajottavan moniäänisyyden ymmärrys ja hallinta on esimerkki asiantuntijuudesta, jota ei välttämättä opita johtamiskoulutuksessa, vaan vasta riittävän monipuolisen ja pitkäaikaisen johtamistilanteita koskevan kokemustiedon hankkimisen jälkeen. Sosiaali- ja terveysalan johtamisessa tulisi siten tarjota mahdollisuuksia erityisesti Tiiringin ym. korostamalle vertaistuelle.

Laitisen kuvaama adaptiivinen johtaminen tarjoaa lukuisia mahdollisuuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseksi asiakaskeskeiseen suuntaan. Kun asiakas ja hänen verkostonsa ovat mukana oman palveluprosessinsa eri vaiheissa, toiminnalla on mahdollista saavuttaa asiakkaan kannalta merkityksellisiä ja vaikuttavia tuloksia. Kysymys on vanhasta totuudesta, jonka mukaan on viisaampaa opettaa nälkäinen kalastamaan kuin tarjota hänelle kalaa. Johtamisen näkökulmasta adaptiivisuus tarjoaa myös sellaisia vaatimuksia, joihon ei julkisella sosiaali- ja terveysalalla ole välttämättä totuttu. Asiakkaiden, heidän läheistensä ja sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden hallitseminen verkostona edellyttää johtamiselta ryhmädynamiikan, vuorovaikutuksen ja ohjauksellisten taitojen hallintaa. Laitisen kuvaamat johtamisen ulottuvuudet

tarjoavat joitakin lähtökohtia näihin taitoihin. Laajemmassa mittakaavassa adaptiivisuus tarkoittaa kuitenkin myös sosiaali- ja terveysalan johtamiskoulutuksen merkittävää uudistamista.

Adaptiivisuudessa ei kuitenkaan ole kysymys ainoastaan johtamisasiantuntijuudesta. Adaptiivisuus tarkoittaa myös selvästi totuttua suurempaa terveyttä ja hyvinvointia koskevaa tiedollisen vallan siirtämistä asiakkaille. Kyse on siten taitojen lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävästä kulttuurisesta ja asenteellisesta uudistuksesta.

Adaptiivisuus merkitsee myös resursseihin liittyvien arvovalintojen uudelleen ajattelemista. Mitä laajemmin asiakkaan elämäntilanne ja verkosto huomioidaan, sitä enemmän resursseja tähän tarvitaan. Tämä herättää myös kysymyksen palveluketjujen jatkuvuudesta. Vaikka digitaalisuus helpottaa asiakkaita koskevan tiedon ja palveluhistorian yksityiskohtaista dokumentoimista, aikaa ei saisi kulua siihen, että jatkuvasti vaihtuvat sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat yrittävät ymmärtää, mistä asiakkaan elämäntilanteessa ja verkostossa on kysymys. Palveluketjut vaativat myös jatkuvuutta, joka tukee myönteistä kokemusta henkilökohtaisesta palvelusuhteesta.

Vakkalan ja Palon teksti nostaa tietokulttuurin esiin moniulotteisena johtamisen kysymyksenä. Ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuoltoalan suuren regulatiivisen tiedon määrän, on luontevaa, että sääntöjä ja kontrollia korostava tietokulttuuri korostuu. Virheitä ei sallita, koska niiden oletettavat vaikutukset näyttäytyvät usein liian suurina riskeinä.

Tieto itsessään tai tiedon ympärille rakennetut järjestelmät ja teknologia eivät ole tietokulttuurin ydintä. Kuten Vakkala ja Palo toteavat, kaikki palautuu siihen, ”kuinka eri ammattiryhmien edustajat saadaan arkisessa kanssakäymisessä toimimaan toistensa kanssa”. Näin ollen tietokulttuuri avautuu organisaatiokulttuurin kautta. Samalla tehokkuuden kysymykset palautuvat inhimillisyyteen. Mitä vähemmän eri professioiden, toimintayksiköiden ja tiimien välillä on valta-asetelmia ja raja-aitoja, sitä paremmat mahdollisuudet myös Vakkalan ja Palon kuvaamalle inhimillisesti tehokkaalle tietokulttuurille muodostuu.

Pitkällä aikavälillä ja erilaisista lähtökohdista muodostuneiden raja-aitojen kaataminen ei ole helppoa. Johtamistyö on tässä keskeisessä asemassa. Johtamisella voidaan tehdä organisaatiokulttuuria näkyväksi ja siihen voidaan vaikuttaa, jos työyhteisölle tarjotaan riittävästi mahdollisuuksia haasteiden esille tuomiseen ja tunnistettuihin haasteisiin tartutaan. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkailla on merkittävä rooli tietokulttuurin rakentamisessa. Erityisesti ihmisten omaa terveyttä koskeva tietomäärä ja teknologia lisääntyy ja arkipäiväistyy jatkuvasti, mikä pakottaa terveydenhuollon toimijat pohtimaan omaa tiedollista rooliaan suhteessa asiakkaisiinsa. Kysymys on samasta tiedollisen kulttuurin muutoksesta, jota myös Laitinen korostaa kuvatessaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaspalveluketjuja adaptiivisina verkostoina.

Vartiaisen ym. luku paljastaa, kuinka sosiaali- ja terveysalan johtamista on usein lähestytty lineaarisesti ”kesynä pelinä”. Johtamisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ongelmat ovat osoittaneet, että tämä lähtökohta ei ole riittävä. Rakenteiden tasolla kompleksisuuden huomioiminen edellyttää erilaisten poliittisten intohimojen ja edunvalvonnan syrjään laittamista ja huomion kiinnittämistä toiminnan varsinaiseen sisältöön. Käytännön johtamisen tasolla keskeisenä voidaan puolestaan pitää sosiaali- ja terveydenhuollon eri professioiden välisten rajojen hälventämistä ja joustavaa keskittymistä asiakkaiden palvelutarpeisiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa Vartiaisen ym. kuvaamat johtamistyypit sekä erityisesti niiden yhdistelmät tarjoavat useita mahdollisuuksia ”pirullisen pelin” ymmärtämiseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveysalan suuren regulatiivisen tietomäärän vuoksi hallinnollinen johtajuus – tai sääntöjä ja kontrollia korostava tietokulttuuri – on saanut vahvan aseman. Adaptiivisen ja mahdollistavan johtamisen uudenlaiset yhdistelmät tarjoavat kuitenkin mahdollisuuksia madaltaa hallinnollisen johtamisen merkitystä.

Kompleksisuuden huomioiminen vaatii johtamiselta paljon. Koska aikaa ja resursseja ei ole kaikkeen, käytännön tasolla johtajat joutuvat väkisinkin pohtimaan, mitkä ovat niitä taisteluita, joita kannattaa taistella. Tällöin on hyvä huomata – aivan kuten diskursiivisen johtamisenkin kohdalla –, että kaikki sosiaali- ja terveysalan johtamisongelmat eivät ole kompleksisia. Olennaista

johtamistaitoa on myös tunnistaa eri ilmiöiden kompleksisuuden taso, jotta ilmiöitä voitaisiin lähestyä tarkoituksenmukaisella tavalla. Tähän ilmiöiden tunnistamiseen ja lähestymiseen Vartiaisen ym. johtamistyyppien yhdistelmät tarjoavat sekä käsitteellisiä että käytännöllisiä työkaluja.

Räsäsen ym. luku kohdistuu kliinisen hoitotyön asiantuntijuuden muutokseen, mutta kuvastaa myös laajemmin suomalaisen ja länsimaisen yhteiskunnan siirtymistä kohti palveluyhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa professiot ovat kehittyneet varsin eriytyneesti erilaisista historiallisista lähtökohdista, mikä on korostanut asiantuntijuuden kietoutumista ammattinimikkeiden alle. Nimikkeisiin sidotun kvalifikaatioajattelun sijasta luvussa korostettu kompetenssinäkökulma antaakin mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden väljään ja joustavaan kehittämiseen.

Räsänen ym. nostavat sosiaalisen minuuden – sosiaali- ja terveydenhuollon toimijan henkilökohtaiset ominaisuudet ja sosiaaliset taidot – keskeiseksi asiantuntijuuden alueeksi. Tällainen asiantuntijuus ei ole sidottu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan rakenteellisiin myllerryksiin, vaan tulee näkyviin käytännön asiakastoiminnassa riippumatta siitä, millainen organisaatio työntekijällä on taustallaan.

Niirasen kuvaamat verkostomaisuutta painottavat käsitteet – hybridi-, hajautettu ja moniammatillinen organisaatio – asettavat sosiaali- ja terveysalan johtamiselle monitasoisia lähtökohtia ja vaatimuksia. Mitä strategisemmalle tasolle siirrytään, sitä enemmän johtaminen liukuu substanssiasiantuntijuudesta kohti erilaisten asiantuntijuusalueiden rajapintojen hallintaa. Johtaja ei voi hallita usean eri alan substanssia, mutta hän voi tunnistaa niistä olennaisen sisällön, mikä tukee eri asiantuntijoiden osaamisen verkostomaista johtamista. Verkostojen johtaminen nostaa puolestaan esiin johtajan ohjaukselliset taidot. Johtamisella voidaan tukea verkostojen myönteistä dynamiikkaa, helpottaa konfliktien ratkaisemista ja auttaa verkostoja uudistamaan omaa toimintaansa.

Myös verkostojen johtamisen moniulotteisuus asettaa kyseenalaiseksi yleisten johtamisteorioiden toimivuuden. Verkostojen toimivuuden ymmärtämys edellyttää johtamisteorioilta vahvaa kontekstin ymmärtämystä, käsitystä siitä,

missä toimintaympäristössä, millä ehdoilla ja kenen näkökulmaa painottaen verkostot kehittyvät. Tällaisessa teoriassa ja toimintakäytännössä johtajuus näyttäytyy enemmänkin joustavana ja muuttuvana roolina, kuin muodollisessa esimiesasemassa olevan henkilön ominaisuuksina.

Tässä pohdintaluvussa tehdyt nostot kirjan lukujen merkityksestä todentavat inhimillisyyden ja tehokkuuden yhteen kietoutumisen sosiaali- ja terveysalan johtamisessa. Samalla nostot osoittavat, että johtaminen vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon vaihtuvien tilanteiden vuoksi ymmärrystä molemmista ulottuvuuksista myös itsenäisinä kokonaisuuksina. Tämän kokonaisuuden merkitys ei ole sidottu sosiaali- ja terveysalaa 2010-luvulla ravisteleviin rakenteellisiin ja poliittisiin uudistamispaineisiin, vaan säilyttää ajankohtaisuutensa niin kauan, kun alan ytimessä on ihmisten välinen kohtaaminen vaihtuvissa tilanteissa ja toimintaympäristöissä.

Kokonaisuutena kirjan luvut kertovat siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa valmiiden ja yksiselitteisten johtamisoppien aika on ohitse. Toimiala ei ole yksin tämän johtamishaasteen edessä. Kokonaisuutena kysymys on siirtymisestä teollisen yhteiskunnan kesyistä ongelmista kohti palveluyhteiskunnan moninaisuutta. Samalla kyse on myös painopisteen siirtymisestä kohti inhimillisyyttä. Mitä enemmän asiantuntijaorganisaatioita tarkastellaan tuotteiden sijasta palveluiden lähtökohdista, sitä enemmän ihmisten väliseen dynamiikkaan, vuorovaikutukseen ja yhteisen todellisuuden rakentamiseen on tarpeen kiinnittää huomiota. Tämä on inhimillisesti tehokkaan johtamisen ydinaluetta myös tulevaisuudessa.

Kirjoittajat: Ville Pietiläinen on johtamisen psykologian yliopistonlehtori ja Antti Syväjärvi hallintotieteen professori Lapin yliopistossa.

Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen

Kirja haastaa pohtimaan sosiaali- ja terveysjohtamisen ajankohtaisia kysymyksiä, jotka asemoituvat toimialan uudistumiseen ja etenkin toimialan organisaatioiden johtamiseen. Teos käsittelee johtamiseen liittyviä uudistustarpeita, mutta myös johtamiseen linkittyviä teemoja kuten verkostoja, rakenteita, vuorovaikutusta, ammatillista asiantuntijuutta, tietokulttuuria, työn mielekkyyttä, kyvykkyyttä, monimuotoisuutta ja kokemuksellisuutta.

Inhimillisesti tehokasta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista pidetään helposti ristiriitaisena, koska inhimillinen ja tehokas koetaan usein toisilleen vastakkaisiksi ulottuvuuksiksi. Molemmille on kuitenkin nähtävissä synkroninen tilaus kehittyvässä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa tarjotaan oivalluksia, kuinka inhimillisyys ja tehokkuus voidaan samanaikaisesti huomioida sosiaali- ja terveysjohtamisessa.

Kirja sopii sosiaali- ja terveysalan johtajille, johtajaksi hakeutuville tai johtamista opiskeleville. Kirja koostuu mielenkiintoisista luvuista, joita ovat kirjoittaneet alan tutkijat eri tutkimuslaitoksista painottaen myös käytännön antia johtamiselle.

